Rok XXVIII. Kraków, 2 Marca 1889. Nr. 9.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa. *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztaje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 21 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 5½ „	„ 6 „

I. Brak miesiączki do 48go roku życia. Mimowolne wywołanie téjże.

Podał docent Dr. Antoni Mars.

Osoby cierpiące na brak miesiączki szukają rady lekarskiéj zazwyczaj w pierwszéj młodości, w czasach panieństwa, albo po zamążpójściu, gdy się rozchodzi o usunięcie niepłodności, zwykle brakowi miesiączki towarzyszącéj. Jeżeli leczenie nie prowadzi u takich osób do celu, godzą się ze swym stanem, rezygnują z miesiączki i potomstwa i późniéj żadnego zwykle leczenia w tym kierunku nie przedsiębiorą. Przypadek, który poniżéj podaję, należy do téj kategoryi, dotyczy bowiem osoby, która do 48go roku życia cierpiała brak miesiączki, a u któréj mimowolnie regularne miesiączkowanie sztucznie wywołane zostało. Przeszukałem odnośną literaturę, lecz przypadku, w którymby w tak późnym wieku miesiączkę wywołano, nie znalazłem i dla tego postanowiłem go opisać.

N. N., 48 lat licząca, wyszła za mąż przed dwudziestu kilku laty. Aż do obecnego czasu nigdy nie miesiączkowała. Z powodu braku miesiączki i potomstwa szukała po zamążpójściu rady lekarskiéj i pozostawała przez lat kilka w leczeniu lekarzy chorób kobiecych. Wszelkie leczenie i podróże do zakładów kąpielowych były bezskuteczne, zaniechała też po kilku latach wszelkiego leczenia. Stan ogólny był zawsze zupełnie dobry, nie żaliła się na żadne dolegliwości i nie chorowała wcale. Tak rzeczy się miały aż do 42 roku jéj życia, w którymto wieku zauważyła, że się pojawiają białe upławy, zrazu skąpe, późniéj jednak coraz to obfitsze. Mimo to jednak nie przywięzując do tych upławów wielkiéj wagi, tém mniéj, że stan ogólny jéj zdrowia przy tém nie cierpiał, nie leczyła się zrazu wcale i dopiero w roku 46 życia, t. j. w 4 lata po wystąpieniu upławów, szukała pomocy lekarskiéj. Zalecone przez lekarza wstrzykiwania z dodatkiem środka ściągającego usunęły upławy w zupełności. Z ustąpieniem jednak upławów wystąpił ból nad pachwiną lewą, od czasu do czasu się powtarzający. Nadto poczęła chora cierpieć na bóle w brzuchu, które zrazu zwykle przez kilka dni co miesiąc dzień po dniu powracały. Każdorazowy ból rozpoczynał się w brzuchu koło pępka, rozpromieniał się ku rękom i nogom, trwał przez kilka i więcéj godzin wzmagając się coraz więcéj, przyczém występowały w rękach i nogach mimowolne drgawki. Przytomność nie ustępowała ani na chwilę a po kilku godzinach takiego stanu następowało wypróżnienie stolcowe połączone z boleściami, odchodziły gazy z jelit w znacznéj ilości, chora doznawała ulgi, która trwała do dnia następnego. Pierwszy dzień były te bóle słabsze, potém dni kilka coraz mocniejsze, a następnie wolniały znów przez dni kilka coraz więcéj. Takie napady bólów powracały okresowo, a chora czuła późniéj już zwykle dzień poprzód, że nadejść mają. Uczucia tego przepowiadającego nie umiała określić dobrze, podawała tylko, że jest niezdrową i że jutro wystąpią bóle w brzuchu. Zwolna wytworzył się stan taki, że chora zupełnie regularnie przez dwa tygodnie miewała opisane bóle codziennie, a przez następne dwa tygodnie była od nich wolną i tak naprzemian. W okresie, w którym bóle przychodziły, żaliła się na różne objawy chorobowe należące do narządu pokarmowego, jak na brak apetytu, gniecenie w dołku podsercowym, odbijanie, jadła mało, mizerniała, a skoro okres ten minął, powracała zwolna do siebie, ustępowały przypady żołądkowe, jadła więcéj, oddawała się zwykłym zajęciom, czuła się jednak zmęczoną i osłabioną, stała wrażliwą i nerwową. Najcięźéj przechodziły te napady w miesiącach zimowych, w lecie gdy wyjechała na wieś, stan zdrowia się polepszał, bóle bywały nieznaczne, a gdy powracała do miasta, cierpienia wracały znów z dawném natężeniem. Stan taki trwał dwa lata, t. j. mniéj lub więcéj od 46—48go roku życia. W ciągu tego czasu przedsiębrała różne kuracyje, jednakowoż bezskutecznie. Narkotyków chora się obawiała, zatém używała ich tylko w razie nadzwyczajnego bólu. W ostatnich miesiącach począł ból tępy nad pachwiną lewą, o którym wyżéj wspomniałem, coraz więcéj choréj dokuczać, a w pierwszych dniach po wystąpieniu napadów stawał się nieznośnym. W tym czasie zostałem wezwany do choréj, abym ten ból nad pachwiną lewą złagodził. Napady opisane chora uważała za chorobę nieuleczną. Nadto na wstępie oświadczyła mi, że nie wierzy w to, aby jéj lepiéj być mogło, a radzi się ulegając życzeniu męża,

mimo to jednak obiecała spełnić wszystko, co jéj zalecę. Co się tyczy popędu płciowego i spółkowania, dowiedziałem się tylko, że spółkowanie odbywa się prawidłowo.

Badanie: osoba szczupła, delikatna, źle odżywiona, skóra sucha, na twarzy drobne zmarszczki, podściółki tłuszczowéj brak. Błony śluzowe blade, tętno wolne spokojne, niezbyt silne. Badanie narządów klatki piersiowéj niewykazało żadnych zboczeń. W jamie brzucha oprócz bolesności nad pachwiną lewą, która się przy ucisku silniejszym w głębi odzywa, nic osobliwego nie znalazłem. Części sromowe zewnętrzne nie okazują żadnych zboczeń, błona śluzowa przedsionka blada, ujście cewki moczowéj prawidłowe, wejście do pochwy miernie szerokie, otoczone strzępami błony dziewiczéj. W pochwie fałdy wygładzone, pochwa prawidłowych rozmiarów. Część pochwowa dziewicza, zbitsza niż w stanie prawidłowym, trochę na lewo ustawiona. W przedniém sklepieniu czuć dalszy ciąg ciała macicy, reszta sklepień wolne, prawe szersze, lewe więcéj szczelinowate. Wśród badania zestawionego, z powodu wiotkości powłok brzusznych ułatwionego, można się przekonać, że macica trochę więcéj na lewo przesunięta leży w prawidłowém fizyjologiczném przodozgięciu; co do rozmiarów jest mniejszą od prawidłowéj, aczkolwiek nie o wiele, gdy się ją waży na palcu, wydaje się lżejszą. Po nad sklepieniem prawém czuć można ciałko odpowiadające i umiejscowieniem jajnikowi małemu. Nad sklepieniem lewém można wybadać jajnik wielkości małéj śliwki, niżéj aniżeli po stronie prawéj położony, o zarysach niezupełnie ostrych, przy dotyku bolesny. We wzierniku pochwa dość blada, gładka, część pochwowa mała, blada, ujście zewnętrzne blade. Z ujścia macicznego występuje kropla mętnego śluzu. Sonda wprowadzona do macicy wchodzi na 6·5 centimetra. W kilka dni po pierwszém badaniu widziałem chorą podczas napadu. Zastałem ją zmienioną nie do poznania, twarz wystraszona, usta skrzywione sine, ręce i nogi blade, chłodne, tętno przyspieszone drobne, ciepłota ciała niepodniesiona. W prawéj połowie brzucha w wysokości pępka po nad *colon ascendens* żali się chora na ból dotkliwy, okolica ta jest trochę tkliwą, ale nieznacznie. Wzdęcia brzucha nie było, wypuk nad miejscem opisaném bębenkowy. Okolica jajnika lewego boleśniejsza przy dotykaniu aniżeli przy pierwszém badaniu. Poza tém nic osobliwego nie znalazłem. Mimo to chora wije się z bólu na łóżku, zaciska zęby, chwyta rękoma za przedmioty otaczające, robi rękoma i nogami ruchy mimowolne, od czasu do czasu widać na rękach i nogach drgawki, nad któremi chora zapanować nie może. Przytomność umysłu zupełna.

Na podstawie powyższego badania i wywiadów rozpoznałem: *Uterus parvus*, *amenorrhea*, *oophoritis sinistra*, *cararrhus intestinorum chronicus*, *convulsiones hystericae enteteralgiae*. Następujący związek przyczynowy wydał mi się najprawdopodobniejszym. Od kilku lat trwający nieżyt błony śluzowéj macicy przesunął się na trąbki i w następstwie sprowadził *perioophoritis* i *oophoritis sinistra chronica*. Zadrażnienie narządu płciowego tym sposobem wywołane sprowadziło okresowe nawały krwi do narządu płciowego, które aczkolwiek niedostateczne do wywołania miesiączki, sprawiają czasowe przekrwienie narządu płciowego. Podczas każdego nawału krwi do części płciowych pogarsza się sprawa chorobowa w jajniku, która znów drogą odruchową wywołuje objawy ze strony narządu pokarmowego jako na miejscu cierpiącém a tém samém w miejscu najmniejszéj odporności. Tym samym sposobem powstają i odruchy na odnogach spostrzegane. Okresowość napadów, wzmaganie się ich nasilenia aż do pewnéj wysokości i ustępowanie powolne naprowadziło mnie na myśl podobną.

W obec tego postanowiłem jużto działać rozdzielająco na cierpienie jajnika, jużtéż usunąć domniemane nawały krwi do narządu płciowego. Nim rozpocząłem leczenie, zaprosiłem do narady kol. P. lekarza chorób wewnętrznych. Z narady wynikło, aby używać środków rozdzielających na obrzmienie jajnikowe i leczenia skierowanego przeciw nieżytowi jelit. Odpowiednie leczenie stósowano przez kilka tygodni, tkliwość jajnika stała się znacznie mniejszą, napady jednak nie zmniejszyły się wcale. Nie widząc z tego postępowania pożądanego skutku, postanowiłem robić miejscowe upusty krwi z części pochwowéj, w czasie gdy napady pojawiać się będą, na co ponownie wezwany kolega się zgodził. W myśl tego wezwano mnie drugiego dnia po wystąpieniu napadów. Po założeniu wziernika okazała się część pochwowa blada, nie okazująca wcale przekrwienia: mimo to zrobiłem choréj miejscowy upust krwi, przyczém odeszło niespełna pół łyżki téjże. Odpływ następnie był bardzo skąpy i niebawem ustał. W pierwszéj chwili chora nie uczuła żadnéj zmiany, a zapytywana odpowiedziała: może mi trochę lżéj w dole brzucha, ale tego nieumiem na pewno powiedzieć. Na drugi dzień napad się nie ponowił, chora czuła się tylko zmęczoną. Trzeciego dnia czuła się dobrze, powstała z łóżka i cały miesiąc była wolną od napadów. Po upływie miesiąca wystąpił znowu napad, powtórzyłem miejscowy upust krwi z części pochwowéj zaraz pierwszego dnia wystąpienia napadów. Odpływ krwi był nieco obfitszy aniżeli pierwszym razem, a napady nie powróciły dni następnych. Upusty podobne powtarzałem przez kilka następnych miesięcy w przeddzień wystąpienia napadów, gdy chora doznawała uczucia, że mają nadejść. Skutek był bardzo dobry, albowiem napady nie pojawiały się więcéj, a chora przychodziła coraz to więcéj do siebie. W ten sposób postępowałem od stycznia do czerwca 1884 roku. Ponieważ chora jak zwykle w czerwcu miała zamiar wyjechać na wieś, a w miesiącach letnich miewała się i tak stosunkowo lepiéj, przerwałem leczenie i wysłałem chorą do Zakopanego z listem do kolegi, aby w razie ponowienia się napadów miejscowy upust krwi z części pochwowéj zastósował. Do picia zaleciłem wodę kissingenską. W październiku tegoż roku widziałem chorą znowu. Przez lato miała się dobrze, pomocy lekarskiéj nie wzywała, bóle nie powracały zupełnie, ale za to pojawiły się w odstępach czterotygodniowych skąpe odpływy miesięczne. Badanie podjęte wykazało stan ogólny bardzo dobry, chora przytyła, cera świeża, apetyt dobry, wypróżnienia stolcowe prawidłowe. Nad pachwiną lewą przy ucisku nie doznaje bolesności. Badanie wewnętrzne wykazuje stan narządu płciowego jak podczas pierwszego badania z tą różnicą, że jajnik lewy jest prawie prawidłowéj wielkości, większy jednak od prawego, ściśle ograniczyć się dający, niebolesny.

Obecnie od tego czasu minęło 4 lata, chora wówczas liczyła lat 48 obecnie liczy 52, miesiączkuje daléj regularnie aczkolwiek skąpo, krew miesiączkowa blada. Czuje się ona bardzo dobrze, przybiera na tuszy, cerę ma zdrową i wygląda wcale świeżo, napady nie powróciły więcéj, na ból nad pachwiną lewą się nie żali.

Wynik leczenia w niniejszym przypadku był niezaprzeczenie pomyślny i potwierdził rozpoznanie i domniemany związek przyczynowy objawów chorobowych. Zajmującém jest wystąpienie miesiączki w tak póżnym stosunkowo wieku, bo w latach, w których u kobiet zwykle miesiączkowanie ustaje. Niemniéj ciekawém jest, jak długo to miesiączkowanie potrwa?

Wśród leczenia, jakie u choréj dawniéj stosowano, miejscowych upustów krwi nie próbowano, byłyby one może i pierwéj miesiączkę sprowadziły, co zdaje mi się zależy od tego, czy domniemane nawały krwi do narządu płciowego istniały już u téj osoby dawniéj, czy też dopiero późniéj wystąpiły niedługo przed lub równocześnie z wystąpieniem napadów.

Aczkolwiek z jednego przypadku żadnych wniosków czynić nie można, to przecież przypadek ten zachęca bardzo do używania miejscowych upustów krwi z części pochwowéj i w takich przypadkach, gdzie brak miesiączki napotykamy nawet u osób starszych.

II. Przypadek gastroenterostomii, z badaniem zachowania się czynności żołądka i jelit po wyzdrowieniu

podali
Prof. Rydygier i doc. Jaworski z Krakowa.

(Dokończenie. Patrz Nr. 8).

4. Ostatni szereg doświadczeń miał na celu oznaczenie czasu wydalania treści ze żołądka przez otwór sztuczny.

a) Do śniadania składającego się z bułki, jaja i szklanki mleka podano 1·0 salolu. Oddziaływanie fijołkowe po dodaniu chlorku żelazowego do moczu słabo zakwaszonego kw. solnym wystąpiło w bardzo wyraźny sposób po 3 kwadransach, w stolcu zaś, który pojawił się w kwadrans po użyciu salolu tego oddziaływania nie było. Po godzinie wyciągnięto ze żołądka około 200cm.³ miazgi pokarmowej zupełnie żółtej, gęstej alkalicznej, której przesącz był mętny, żółty. Próba salolowa, podana przez Sieversa i Ewalda, wykazywałaby, że żołądek poczyna treść swą w prawidłowym czasie wydalać, lecz poprzednio uskutecznionemi doświadczeniami przekonano się, że treść żołądkowa u tego chorego będąc alkaliczną rozkłada salol, a jéj przesącz daje oddziaływanie fijołkowe z chlorkiem żelazowym, przeto już w żołądku chłonienie salolu odbywać się może. Dla tego musiano uskutecznić następujące próby.

b) Próba białkowa (1 białko twarde i 200cm.³ *aq. d.*) wykazała po 2 godzinach treść żołądkową bezbarwną, w któréj znajdowało się jeszcze około $^1/_3$ cz. pierwotnego białka w nienadtrawionych kawałkach.

c) Obiad próbny Leubego wykazał jeszcze po $7^3/_4$ godziny obecność przeszło 50cm.³ treści żołądkowéj żółtéj z mierną ilością resztek mięsa i bułki, oddziaływania słabo kwaśnego nie pochodzącego od kw. solnego lecz od kw. mlekowego. Treść nie zawierała fermentu sernikowego lecz tylko zymogen sernikowy.

Wydalanie więc badane powyższemi próbami okazało się w porównaniu do stanu prawidłowego do pewnego stopnia upośledzoném. Wnioskując jednak z góry należało się raczéj spodziewać, że pokarmy przez otwór sztuczny szybko do jelit wpadać będą.

5. W końcu wykonano jeszcze dwa razy próby chłonięcia przez błonę śluzową według Fabera i Penzoldta, wprowadzając w kapsułkach po 0·2 jodku potasowego z 200cm.³ wody przekroplonéj do żołądka czczego. Okazał się ten nieprzewidywany wynik, że jod w ślinie pojawił się raz już po 4, drugi raz po 8 minutach, w moczu raz po 8 drugi raz po 15 minutach; w stolcu zaś, który się pojawił w 10 minut po użyciu jodu można było go również wykazać. Wessanie zatém odbyło się tu szybciéj niż w stanie prawidłowym. To należy tém tłumaczyć, że jodek potasowy przez otwór dostał się szybko na błonę śluzową jelita, które, jak się okazuje, szybciéj chłonie niż żołądek. Że tu nie miało miejsca chłonięcie żołądkowe lecz jelitowe, wynika ztąd, że wszyscy autorowie znaleźli chłonienie w przypadkach raka żołądka do $1^1/_2$ a nawet do dwóch godzin upośledzone.

Badanie czynności jelit. 1. Stolce według podań chorego przedtém zaparte, skąpe, twarde i ciemne, stały się po zabiegu operacyjnym częste (3—5 razy dziennie), rzadkie, w ilości jednorazowéj $^1/_4$—$^1/_2$ litra, barwy szarawo białéj.

2. Stolce były badane 9 razy, wykazywały oddziaływanie alkaliczne, dwa razy po użyciu większéj ilości mleka, kwaśne. Pod mikroskopem zauważono: *a)* Włókna mięsne wyraźnie prążkowane, zwykle tylko bladożółto zabarwione, a często nawet bezbarwne. *b)* Bardzo znaczną ilość igiełek tłuszczowych. *c)* Kuleczki tłuszczu obłożone igiełkami, *d)* w trzech tylko stolcach były włókna mięsne wyraźniéj żółto ubarwione, a obok nich tylko nieliczne bryłki barwika żółtego, *e)* w dwóch tylko stolcach spostrzeżono kryształy nieliczne fosforanu magnowo-amonowego, *f)* z pasorzytów tylko raz spostrzeżono jaje włosogłówki. Ani razu nie udało się wykazać stałéj skrobi przez zabarwienie jodem. Z tego badania okazuje się, że tylko skrobia w stolcach była zupełnie dobrze przetrawioną, zle zaś mięso, a gorzéj jeszcze tłuszcz, następnie że w kale znajdowała się tylko mała ilość, a czasem nawet zupełny brak żółci, aczkolwiek w treści żołądkowéj żółć tak często napotykano. Zdaje się, że ilość żółci wydzielanéj w stosunku do przyjmowanych pokarmów jest tu za mała. Porównywając stolce tego pacyjenta ze stolcami choréj po resekcyi odźwiernika wykonanéj przez kol. Obalińskiego znajdujemy wielkie podobieństwo. Należałoby przeto na przyszłość zwrócić bliższą uwagę na tę okoliczność, czy w raku żołądka w obec wytwarzającego się charłactwa w podobny sposób jak kw. solny nie zmniejszają się i inne soki trawiące, sok trzustkowy, żółć, zwłaszcza jeżeli rak, jak w tym przypadku, na wątrobę przechodzi.

3. W celu zbadania czasu, po jakim pokarmy użyte pojawiają się w stolcach, uskuteczniono dwa razy następujące doświadczenie. Rano na czczo dostał chory śniadanie składające się z 2 jaj, szklanki mleka, jednéj bułki centowéj i około 100cm.³ fusów kawowych. W pierwszém doświadczeniu pojawił się stolec szarawo popielaty, w którym znajdowały się ziarna fusów po 6 godzinach, a w drugim po $6^1/_2$. Pokarmy więc zostają przynajmniéj o połowę wcześniéj z ustroju wydalone, niż w stanie prawidłowym, aczkolwiek w żołądku dość długi czas zalegają, a długość jelita ominiętego nie wynosi więcéj niż 50cm. Na czém to przyspieszenie stolców w tym przypadku zależy, trudno powiedzieć. Wprawdzie Fr. Müller widział, że w późniejszych okresach raka żołądka biegunka często się zdarza. (*Verhandl. des Vereins f. innere Med. in Berlin*, 1888, 1 maja. *Deutsch. med. Woch.*, 1888, Nr. 22), lecz tu jéj przed zabiegiem operacyjnym wcale nie było. Nadto znaną jest rzeczą, że w braku żółci w stolcach istnieje zaparcie stolca, a w przypadkach gastroenterostomii opisywanych przez różnych autorów pojawia się raczéj zaparcie stolca niż biegunka.

Tu należy jeszcze nadmienić, że nieliczne ziarna fusów można było w jedném doświadczeniu odnaleźć w żołądku czczym, na drugi dzień badanym.

Z powyższych badań wynika, że gastroenterostomija w tym przypadku nietylko polepszyła stan chorego pod względem przedmiotowym i podmiotowym, ale przybliżyła czynność mechaniczną żołądka w pewnym stopniu do stanu prawidłowego, chemizm zaś trawienia, jak był zniesiony przedtém, takim i obecnie zostaje. Zdaje się, że nawet zupełne przywrócenie prawidłowego wydalania ze żołądka co do czasu za pomocą gastroenterostomii byłoby możliwém, zależałoby ono jednak od miejsca założenia sztucznego otworu i jego wielkości. W tym względzie biorąc na uwagę położenie i ruchy żołądka podczas trawienia, najłatwiéjby się pokarmy do pętli jelitowéj ze żołądka dostawały, jeżeliby otwór był umieszczony najbliżéj granicy dolnéj, a nawet nieco w tylnéj ścianie, i dość blisko części odźwiernikowéj, jednak temu teoretycznemu wymaganiu będą stały na przeszkodzie zapewne trudności, a mianowicie blizkość nowotworu i możność łatwego skrwawienia się z rozgałęziającéj się tu znacznie tętnicy (*arteria coronaria inferior dextra*). Że gastroenterostomię w tym przypadku należy uważać za zupełnie udałą, wynika już ztąd, że nie pojawiło się dotąd żadne nieprzyjemne powikłanie, jakie autorowie przytaczają. A mianowicie otwór sztuczny się utrzymuje i nie zaciska się, jak to było w przypadku Rockwitza (*Centrbl. f. med. Wiss.*, 1882, Nr. 2), gdyż treść żołądkowa niezmiennie dostaje się do jelit. Ucisk podniesionéj pętli jelita czczego na jelito poprzeczne, jak to zauważali Billroth, Lauenstein, Rockwitz, tu nie istnieje, chociaż pętla jelita czczego jest umieszczona na przedniéj ścianie żołądka nad poprzecznicą, a nie w ten sposób jak Courvoisier i Hacker doradzają na tylnéj ścianie żołądka poza poprzecznicą. Pozostaje jeszcze zastanowić się nad dostawaniem się żółci do żołądka, co w jednym przypadku Billrotha wywoływało wymioty żółciowe, a z powodu któréj okoli-

czności radzi nawet Wölfler zabieg operacyjny zmodyfikować. Z naszego punktu widzenia należy w raku żołądka, gdzie trawienie się nie odbywa, ale tylko fermentacyja alkaliczna, poczytywać wprowadzenie żółci jako bardzo pożądane, gdyż ona działa, jak się w tym przypadku okazuje, przeciwgnilnie na treść żołądkową i rozpoczyna w braku soku żołądkowego trawienie w samym żołądku [1]). Sprawia ona to samo, co Reichman zamierza dopiąć podając chorym na zanik błony śluzowéj żołądka wyciąg trzustkowy. Wreszcie należy się w naszym przypadku spodziewać, że wykonany zabieg operacyjny, aczkolwiek będący zabiegiem tylko symptomatycznym, wystarczy zupełnie dla chorego, aż do zabójczego rozszerzenia złośliwego nowotworu, co według dotychczasowych zgodnych podań statystycznych wszystkich autorów nie da na siebie czekać dłużéj jak 12, a co najwięcéj 14 miesięcy. Porównywając wyniki powyższe z wynikami, jakie się otrzymuje przez inny zabieg operacyjny w przebiegu raka odźwiernika t. j. przez resekcyję tegoż, np. w przypadku kol. Obalińskiego (*Nowiny Lekarskie*, 1889, Nr. 1), to okazuje się, że one są te same, przynajmniéj nie gorsze. Przez resekcyję raka odźwiernika, ani prawidłowego mechanizmu a tém mniéj chemizmu schorzałego żołądka nie jesteśmy w stanie przywrócić, a recydywa pomimo najlepszéj chęci operującego, bądź przez rozszerzenie się ukrytych mikroskopowych ognisk oddalonych znacznie od pola operacyjnego, bądź przez rozsianie sprawy nowotworowéj na inne narządy w krótkim czasie następuje. Jeden tylko przypadek resekcyi raka odźwiernika z kliniki Kochera w Bernie przeżył dwa lata, kończąc się jak to często bywa ponownem zwężeniem odźwiernika (Streit: (*Centralbl. f. med. Wiss.*, 1889, Nr. 2). Natomiast naraża się chorego na zabieg operacyjny pod każdym względem o wiele cięższy niż gastroenterostomija. Ponieważ rak odźwiernika w swoich początkach, gdzie go można uważać za ograniczony, chociaż i to odgraniczenie jest bardzo wątpliwém [2]), z pod rozpoznania się usuwa, a chory nie czujący większych dolegliwości nie ma wcale chęci do poddania się operacyi lub tylko cięciu próbnemu, przeto dostają się w ręce chirurgów tylko takie przypadki późniejszego okresu, u których miejscowe cierpienie wycięciem nie da się już usunąć, nad czém Rydygier jeszcze w swoich dawniejszych pracach (*Przegl. Lek.*, 1882, Nr. 33) w tym przedmiocie, a obecnie Matlakowski, *Gaz. Lek.*, 1889, Nr. 5 słusznie ubolewają; nadto siły tych chirurgicznych pacyjentów są już tak wyczerpane, że pomyślnego wyniku operacyi w obec znacznéj małokrwistości spodziewać się nie można. Laker (*Wien. med. Wochensch.*, 1886, Nr. 28) bowiem przychodzi do wniosku, że u chorych, u których ilość hemoglobiny obniża się poniżéj 30%, na pomyślny wynik operacyi krwawéj już liczyć nie można. A właśnie w raku żołądku znalazł Haeberlin (*Münch. med. Wochensch.*, 1888, Nr. 22) bardzo znaczne obniżenia ilości hemoglobiny we krwi. Lekarz więc będzie nastawał w przebiegu raka żołądka na wykonanie gastroenterostomii, a chyba tylko w wyjątkowo sprzyjających wczesnych przypadkach resekcyi całkowitéj odźwiernika. Za tém przemawia też i statystyka śmiertelności. Po resekcyi odźwiernika wypada ona (z powodu zapadu, skrwawienia się, zapalenia otrzewny, wycieńczenia sił itd.) według zestawienia Richtera (*Ctrbl. f. Chir.*, 1886, Nr. 33) 71%, a według twierdzenia Hahna (*Verhandl. d. XVI Congress. d. deutschen Chir. in Berlin*, 1887) nawet 75%, a prawdopodobnie jest o wiele większą, gdyż przeważnie szczęśliwie tylko przebiegające resekcyje zwykle ogłaszają; śmiertelność zaś po gastroenterostomii podaje Rockwitz na 44·8% (na 29 operowanych 17 wyzdrowiało (*Zeitsch. f. med. Wiss.*, 1888, Nr. 2), pomimo że do gastroenterostomii pozostawia się najwięcéj charłacze indywidua, w których już niczego lepszego nie ma do zrobienia, bo wszystkie lepiéj odżywione i z chorobą mniéj posuniętą zachowuje się do resekcyi. To téż i wielu chirurgów (Courvoisier, Hahn, Rockwitz i inni) skłaniają się więcéj do gastroenterostomii niż do resekcyi raka odźwiernika. Najgłówniejsze, a może jedyne wskazanie do resekcyi odźwiernika, pozostaje to, gdzie ten zabieg operacyjny może być zabiegiem doszczętnym t. j. po bliznowatych zaciśnięciach odźwiernika, np. po wrzodzie i to u osób względnie dobrze jeszcze odżywionych, które to wskazanie Rydygier jeszcze w r. 1880 na Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie postawił (*Langenbeck Archiv*, T. XXVI, H. 3), a na dwóch przypadkach tego rodzaju szczęśliwie przebiegających pierwszy trwałą skuteczność téj operacyi wskazał (Przegl. Lek., 1881, Nr. 50), gdyż jedna operowana przez Rydygiera jeszcze dotąd bez żadnych dolegliwości żyje. Tu w obec długiego trwania życia, jakiego chorzy z bliznowatém zaciśnięciem odźwiernika po zabiegu operacyjnym spodziewać się mogą, wykonanie gastroenterostomii zamiast radykalnie leczącéj resekcyi mogłoby nawet w obec możliwych następstw, wymienionych przy gastroenterostomii, stać się z biegiem czasu zgubnem, gdyż mogłoby dać powód do powstawania powikłań skracających nawet życie operowanego.

[1]) Wpływ żółci na trawienie w tym przypadku okazał się w bardzo wybitny sposób. I tak dostrzegano, że w dniach, w których treści żołądkowéj nie aspirowano, stolce były wprawdzie odbarwione, jednak pod mikroskopem wybitnych kuleczek tłuszczu nie było, lecz igiełki, a włókna mięsne okazywały się wyraźnie żółto ubarwione. Ciężar ciała po 1 lub 2 dniach wolnych od aspiracyi podnosił się o pół lub więcéj kilograma, czém się wyżéj podane niejednostajne wzmaganie ciężaru ciała chorego tłumaczy. Sądząc po tym przypadku zdaje się, że przetrawienie i skutki przeciwgnilne możnaby lepiéj osiągnąć w przypadkach zaniku, a może i nieżytu śluzowego żołądka przez wprowadzenie większych ilości żółci do żołądka, niż przez podawanie kwasu solnego. — [2]) W dyskusyi nad tym przypadkiem zauważył Dr. Hempel, że robiąc preparaty mikroskopowe ze żołądków rakowych w pracowni prof. Browicza, nie dostrzegał w przebiegu raka żołądka prawidłowéj błony śluzowéj, a co ważniejsza, że znajdował kilkakrotnie rozsiane ogniska rakowe luźnie umieszczone w błonie podśluzowéj, sięgające aż do wpustu, chociaż ściany żołądka wydawały się makroskopowo prawidłowemi.

III. Poszukiwania nad zachowaniem się niektórych grzybków chorobotwórczych w wodzie.

Podał Dr. Justyn Karliński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

Po upływie 24 godzin wypompowano pewną ilość wody studziennéj i zużyto tak do badania bakteryjologicznego jak i do badania chemicznego. Badanie chemiczne wykazało, że wprowadzenie do studni 5 litrów pożywki rosołowéj wraz z niezmierną ilością grzybków nie pozostało bez wpływu na skład chemiczny wody. Podczas gdy woda studzienna bezpośrednio przed dodatkiem pożywki 2·26 miligr. połączeń organicznych, 24 miligr. chloru, 78 miligr. kwasu azotowego i 764 miligr. osadu po odparowaniu w 1000cm.³ zawierała, okazywała woda studzienna w 24 godzin potém: 810mlgr. osadu, 40mlgr. chloru, 70mlgr. połączeń organicznych i 78 miligr. kwasu azotowego. Ilość wody w studni pozostała nie

zmienioną. Badanie bakteryjologiczne okazało przedewszystkiem znaczną ilość kolonij grzybków pierwotnie zamieszkujących (13000 w 1cm.³), typowych zaś kolonij prątków durowych, których przyrodę przez porównanie z takiemiż na innych płytkach wzrosłemi, daléj przez liczne przeszczepienie na świeżą pożywkę i pożywkę kartoflaną stwierdzono w 24 godzin po dodaniu, było jeszcze 130000 cm.³.

Dnia następnego (a więc w 48 godzin po dodaniu pożywki zaprawionéj) spostrzedz można wybitny jeszcze wpływ téjże na skład chemiczny wody, gdyż ta 810mlgr. osadu, 36mlgr. chloru, 60mlgr. połączeń organicznych w 1000cm.³ zawierała. Ilość kolonij w ogóle na odnośnych płytkach wynosiła *110000* okazów w 1cm.³ a między niemi *18000* kolonij wejrzeniem przypominających kolonije prątków durowych, kolonije przedstawiające jednak odmienne zabarwienie (brudno żółte) partyi środkowéj. Kolonije te w wielkiéj ilości przeszczepiono na świeżą pożywkę celem następowego zidentyfikowania.

W trzecim dniu doświadczenia skład chemiczny wody przedstawiał się w następujący sposób: Osadu 798mlgr., chloru 35, połączeń organicznych 15mlgr. kwasu azotowego 60 mlgr. w 1000cm.³, płytkowych hodowlach 200000 kolonij w ogóle z 1cm.³, między niemi 9.400 kolonij podobnych takimże prątka durowego, z któremi w podobny postąpiono sposób, co dnia poprzedniego. Czwartego dnia wynosiła ilość chloru 22mlgr., połączeń organicznych 10·8 kwasu azotowego 68miligr. i osadu 782 miligr. w 1 litrze. Na płytkach 200000 kolonij w ogóle, między niemi 20000 kolonij rosnących bez rozpuszczania pożywki, a między niemi a n i j e d n a, któraby wejrzeniem swém kolonię prątka durowego przypominała. Od tegoż dnia za pomocą drążka kilka razy dziennie mięszano wodę, sięgając każdym razem aż do namułu na dnie się znajdującego, celem przekonania się, czy przypadkiem sedymentacyja wprowadzonych prątków nie nastąpiła, to samo czyniono przed zaczerpaniem każdéj nowéj próbki, służyć mającéj do badania bakteryjologicznego.

Vgo dnia zawierał litr wody studziennéj: 780 miligr.; 26 miligr. chloru, 73·2 milgr. kwasu azotowego i 5·5 miligr. połączeń organicznych, a badanie bakteryjologiczne wykazało 117000 kolonij w ogóle a między niemi 700 kolonij w 1cm.³ przypominających prątek durowy.

VIgo dnia znaleziono przy badaniu chemiczném 24mlgr. chloru, 3·3 mlgr. połączeń organicznych, 70·4 mlgr. kwasu azotowego i 780mlgr. osadu w 1000cm.³, przy badaniu bakteryjologiczném wśród 80.000 kolonij w ogóle, 200 podobnych kolonijom prątka durowego w 1cm.³.

VIIgo dnia wynosiła ilość osadu w 1 litrze 781 mlgr. chloru 23mlgr., połączeń organicznych 3·0mlgr. i 69·6mlgr. kwasu azotowego. W 1cm.³ było 60000 kolonij w ogóle i 100 przypominających kolonije prątka durowego.

VIII dnia prezentuje się skład chemiczny: 776 mlgr. osadu, 3·0mlgr. połączeń organicznych, 22·6mlgr. chloru i 70·8milgr. kwasu azotowego w litrze, i 23000 kolonij w ogóle między temi 40, kolonije prątka durowego przypominające.

IXgo dnia w składzie chemicznym mierny przybytek co do chloru i kwasu azotowego (24·1, 71·2) a wśród 18000 kolonij w 1cm.³ zaledwie 20 kolonij podobnych do kolonij prątka durowego.

Od Xgo dnia wraca skład chemiczny wody do normy pierwotnéj, ilość kolonij w ogóle w dniu tym 7000 z 5cioma kolonije durowe przypominające, w XIym dniu norma ich zupełnie wśród 4000 kolonij w ogóle, to samo w XIIym (1900 kolonij w ogóle) a w trzynastym dniu doświadczenia znajdują się wśród 900 kolonij zaledwie 4 podejrzane, które jednak już trzeciego dnia zielone zabarwienie gelatyny sprowadzając łatwo odróżnione być mogły.

Pozostawała więc żmudna praca zidentyfikowania wielkiéj liczby przeszczepionych z każdorazowych płytek kolonij podejrzanych, któréj rezultat następujący. Kolonije z pierwszego i drugiego dnia doświadczenia z c a ł ą pewnością uważane być muszą za kolonije prątka durowego, ich zidentyfikowanie tak na nowych płytkowych hodowlach, jak i hodowlach kartoflanych udało się. Natomiast badanie przeszczepionych kolonij z dni następnych wykazało, że wśród wielkiéj ilości przeszczepionych kolonij a n i j e d n a nie może być zidentyfikowaną z hodowlami prątka durowego, gdyż przeszczepione kolonije podejrzane z dnia 3, 4, 5, 6, na pożywkę gelatynową 7-procentową też rozpuszczały, a na kartoflach wybitną i s t a ł ą warstwę koloru brudnożółtego wytwarzały, kolonije z dnia 8, 9 i 10 wzrastały na kartoflach jako brunatna bańkami gazów podniesiona warstwa, niemile cuchnąca, i cechę tę stale, mimo licznych przeszczepień na nowe podłoże zachowywały.

Jak z doświadczenia tego widać, mimo tak wielkiéj ilości wprowadzonych prątków durowych, nie potrafiły się téż dłużéj jak dni 2 w wodzie studziennéj utrzymać. Dodatek pożywki rosołowéj wpłynął korzystnie na rozwój grzybków wodnych, które od chwili wprowadzenia téjże pożywki energicznie rozwijać się poczynają i wracają do pierwotnéj liczebnéj normy dopiero 13go dnia badania. Widoczna więc, że dodatek ten pośrednio niekorzystnie wpłynął na los wprowadzonych prątków durowych, dla tego też postanowiłem ominąć go przy następnych doświadczeniach.

W drugim szeregu doświadczeń postanowiłem dodawać mniejsze ilości prątków durowych na raz do wody i w tym celu z 24 hodowli na ukośnie ułożonéj pożywce gelatynowéj i z 6ciu z pożywki agarowéj za pomocą pręcika platynowego zdjąłem warstwę, jaką prątek durowy na niéj tworzył, omijając o ile to było możliwém uszkodzenie podłoża i zabranie tegoż. Rozmięszawszy dokładnie w 400cm.³ wody jałowéj wprowadziłem w wyż podany sposób do studni. Nadmienić muszę, że ilość wody studziennéj w ciągu pierwszego i następnych szeregów doświadczeń nader małe okazywała wahania, a codziennie mierzona ciepłota między 8·0°C. a 10·2°C. wahała się. Drugi szereg doświadczeń podjąłem w 10 dni po ukończeniu pierwszego, codziennie badając podczas tego skład chemiczny i ilość napotkanych grzybków wodę zamieszkujących. Skład chemiczny i ilość grzybków przez czas ten utrzymywały się stale, częste mięszanie wody studziennéj za pomocą drążka następne badania bakteryjologiczne nie mogły mnie pouczyć, aby ilość grzybków się zwiększała, coby za sedymentacyją na ścianach studni lub w namule dna wskazywało. Wyjęte próbki z zawiesiny prątka durowego użytéj do drugiego doświadczenia użyte do hodowli płytkowych pouczyły mnie, że w 1cm.³ téjże 9000000 okazów prątka durowego się znajdowało. W pół godziny po dodaniu i dokładném zamięszaniu wody wyjęte próbki po zastósowaniu metody płytkowéj zawierały w 1cm.³ w ogóle 5900 kolonij, między niemi 4780 kolonij prątek durowy przypominających, ilość grzybków pożywkę rozpuszczających pozostała ta sama co i przed dodaniem.

Badania chemiczne wody w ciągu doświadczenia tego i następnych podjęte nie mogło pouczyć, aby dodatek ten

wpływał na skład chemiczny, który co do wyż wymienionych składników wahał się w granicach, jakie przed rozpoczęciem doświadczenia znajdowałem.

W 24 godzin po wprowadzeniu prątków durowych do studni, wśród 3900 kolonij w ogóle 1600 kolonij do prątka durowego podobnych, w drugim dniu ilość kolonij w ogóle *3200* a kolonij podejrzanych *800* w 1cm.^{3}, przyczém znaczne zwiększenie się ilości kolonij grzybków pożywkę rozpuszczających. W trzecim dniu napotkać mogłem 100 kolonij podejrzanych wśród 2600 kolonij w ogóle w 1cm.^{3} zawartych, w IVym ilość kolonij w ogóle wynosi 2200 a między niemi 30 podejrzanych, których w V i VI dniu badania wśród 1800 wzgl. 1300 kolonij w ogóle całkiem niema.

Podjęte identyfikowanie kolonij podejrzanych pouczyło mnie, że kolonije przeszczepione z pół godziny po dodaniu zawiesiny do wody studziennéj, daléj kolonije pochodzące z pierwszego, drugiego i trzeciego dnia doświadczenia niczém nie różniły się od kolonij prątka durowego i za takowe uważane być muszą, podczas gdy kolonije z czwartego dnia stanowczo od typowych odróżnić się dały.

Do trzeciego doświadczenia użyłem jeszcze mniejszéj ilości prątków durowych, a mianowicie sporządziłem sobie zawiesinę z 14 hodowli prątka tego na pożywce gelatynowéj z *250*cm.^{3} wody zjałowionéj. Zawiesina ta, jak mnie odnośne rezultaty stosowania metody płytkowéj pouczyły, zawierała w 1cm.^{3} 6600000 okazów prątka durowego. W 4 godziny po wprowadzeniu do studni i rozmięszaniu dokładném na płytkach prawie same tylko kolonije prątka durowego w ilości 3000 w cm.^{3}. Po upływie 24 godzin wyjęte próbki okazują już przybytek kolonij grzybków pierwotnych, bo wśrd 3600 kolonij w ogóle 2400 kolonij prątka durowego w 1cm.^{3} napotkałem. Drugiego dnia od rozpoczęcia doświadczenia wśród 2400 kolonij w cm.^{3} 900 zupełnie przypomina kolonie durowe, na płytkach występuje gatunek, który w drugiém doświadczeniu wcale się nie pojawiał a przy pierwszém bardzo często był reprezentowany, gatunek prątka wielopostaciowego pokrewnego gatunkom *Proteus* (Hauser), odznaczający się piękną żółtą barwą i dziwacznie pokręconemi wypustkami kolonii pierwotnéj, dość szybko pożywkę gelatynową rozpuszczający. W trzecim dniu doświadczenia wśród 2000 w ogóle ledwie 26 w cm.^{3} podobnych prątkowi durowemu, brak ich zupełny dnia czwartego wśród 1800 kolonij w ogóle, pojawiają się dnia piątego w liczbie 16stu wśród 1700 kolonij, nie ma ich zupełnie w szóstym i siódmym dniu doświadczenia.

Kolonije pochodzące z pierwszego do trzeciego dnia doświadczenia dają się zupełnie z kolonijami prątka durowego zidentyfikować, natomiast pochodzące z dnia 5go nic z nim wspólnego nie mają, jak to wybitnie porównawcze hodowle okazały. Znaleziony grzybek prócz innych odróżniających go nigdy nie okazywał ruchów. Ponieważ ilość wprowadzonych do wody studziennéj prątków durowych zdawała mi się za wielką, uskuteczniłem jeszcze jedno doświadczenie, używając do tego zawiesiny sporządzonéj z warstwy grzybkowéj 5ciu hodowli prątka durowego na pożywce gelatynowéj z 100cm.^{3} wody. Metodą płytkową stwierdziłem, że 1cm.^{3} zawiesiny téj około 2100000 okazów prątka durowego zawierał. Po wlaniu do studni i należytém rozmięszaniu uskutecznione hodowle płytkowe okazywały 2100 kolonij w ogóle a między niemi 300 kolonij prątka durowego w 1cm.^{3}. Po upływie 12 godzin podjęte ponowne badanie bakteryjologiczne okazało prawie tę samą ilość kolonij w ogóle, między temi jednak 186 kolonij typowych i 22 atypowych, jednak przypominających prątki durowe. Po następnych 12 godzinach podobnie jak i w dalszych co godzin 12 przedsięwziętych badaniach nie znalazłem ani razu kolonii prątka durowego, a znajdujące się tu i owdzie temuż podobne oraz owe 22 wyż wspomniane okazały się nieidentycznemi z prątkiem durowym. Tym razem więc prątek durowy zaledwie 24 godzin w wodzie żywotność swą zachował.

Nie ma dotychczas w literaturze podań co do ilościowego znajdowania się prątków durowych w wydzielinie jelitowéj, a dwa w tym kierunku uskutecznione badania z natury rzeczy nie są w stanie rzucić światło na tę kwestyję.

Celem przekonania się o wartości rozlicznych podań o znalezieniu prątków durowych w kale i ewentualnego wyzyskania znalezienia takowego do celów dyjagnostycznych zmięszałem 20cm.^{3} świeżo oddanego płynnego kału pacyjenta w 16 dniu choroby będącego z 200cm.^{3} wody jałowéj destylowanéj i dodawszy 0·4gr. kwasu karbolowego skłóciłem dokładnie, pozostawiając mięszaninę tę przez godzin 6 w termostacie. Postępowałem więc zupełnie według przepisu Chantemesse-Widala, który przez dodatek taki kwasu karbolowego ułatwiali sobie badanie, wyzyskując większą odporność prątka durowego na działanie tak stałego środka odkażającego.

Stosując następnie odpowiednie rozcieńczenie i metodę płytkową otrzymałem na płytkach rzeczywiście kolonije prątka durowego obok dość licznych kolonij grzybków pożywkę rozpuszczających. Przypuściwszy nawet, że rozmięszanie kału z wodą było kompletne i że przy stosowaniu rozcieńczenia więcéj niż połowy w kale zawartych prątków durowych nie uroniono, pouczyły mnie odnośne rezultaty liczebne, że w badanym kale na 1cm.^{3} tegoż, 41 prątków durowych przypada wynik, dla którego bynajmniéj znaczenia reguły nie windykuję. Innym razem ponowiłem badanie kału u chorego żołnierza z szpitala garnizonowego w Insbruku z rozpoznaniem: *Typhus abdominalis*, poczynając badanie od 5go dnia choroby aż do 11go, w którym zgon pacyjenta nastąpił. Mimo bardzo licznych poszukiwań nie zdołałem tą drogą, w wydzielinie kałowéj z 5go — 9go dnia choroby, prątków tych wykazać, pojawiły się natomiast w bardzo małéj ilości w 10 i 11ym dniu choroby, a było ich według odnośnego obliczenia 16 — 21 w 1cm.^{3} kału obok znacznéj ilości grzybków obcych, reprezentowanych w 9ciu gatunkach, dla których dodatek kwasu karbolowego całkiem był obojętnym. Z braku odpowiedniego materyjału byłem zmuszony zaniechać odnośnych poszukiwań, do których być może innym razem powrócę.

Zbierając wyniki 4ch wyż opisanych doświadczeń, podjętych z prątkiem durowym, znajdujemy, że wielkie ilości prątków tych wprowadzone do studni tamże dni 3 trzymać się są w stanie i tamże wykazane być mogą; ilości mniejsze, a o takie przy zakażeniu źródeł lub studni rozchodzić się może, już po 24 godzinach obumierają, i że dodatek jakiegobądź materyjału odżywczego, jakim przy zakażeniu wody studziennéj jest dodatek zawartości kanałów lub wychodków, korzystnie usposabia grzybki pierwotnie wodę zamieszkujące i rychlejsze zniszczenie grzybków durowych wywołuje.

Badań podobnych nie przeprowadzono dotychczas, z wyjątkiem chyba poszukiwań Emmericha [1]) nad zachowa

[1]) Emmerich: *Mittheilungen über die im Jahre 1887 im hygienischen Institute zu München ausgeführten bacteriologischen Untersuchungen.* Mnichów, 1888.

niem się wąglika w wodzie studziennéj. Emmerich wprowadzał wielkie ilości zarodków wąglikowych zasuszonych na zarodnikach widłaka (*Lycopodium*) do studni i przekonał się, że gdy zaraz po rozmięszaniu ilość kolonij wąglikowych 208 w cm.³ wynosiła, już po 12 godzinach ilość tychże do 60 w cm.³ opadła, znika zaś zupełnie w ciągu dni następnych, a mimo dokładnego każdorazowego mięszania udało się tylko w 5tym dniu znowu nieco kolonij uzyskać, późniéj zaś nie znaleziono ich zupełnie. Celem przekonania się, czy woda ta dla ustroju zwierzęcego znaczenie mieć może, karmiono od pierwszego dnia doświadczenia przez 4 tygodnie owce strawą obficie wodą studzienną zaprawioną, poczém ani jedna z użytych do doświadczeń owiec nie zachorowała. W obec znanego zresztą prawidła, że zakażenie wąglikowe przez karmienie o wiele trudniéj niż przy wdechiwaniu lub zranieniu do skutku przychodzi, doświadczenie to samo przez się nie wiele kwestyję powstawania zakażenia drogą wody rozjaśnia. W obec nieznanéj nam dotychczas okoliczności, ile naraz prątków durowych, wprowadzonych do przewodu pokarmowego człowieka, (u zwierząt doświadczenia te nie udają się) zakażenie spowodować są w stanie, nie mogę wyników doświadczeń moich za rozstrzygające w kwestyi téj uważać, gdyż wyniki te wskazują jedynie, że wielkie nawet ilości prątków durowych dłużéj niż dni 3 pobytu w wodzie wytrzymać nie są w stanie i tamże tylko w tym czasie wykazane być mogą. Doświadczenia nad zachowaniem się prątków durowych w wodzie studziennéj, na razie z przyczyn odemnie niezależnych i w uwzględnieniu téj okoliczności, że w naszym klimacie przedewszystkiém o dur rozchodzić się może, li tylko do grzybka tego ograniczyłem, być może że powrócę do nich kiedyś; ich ogłoszenie w obec świeżo poruszonéj kwestyi, czy woda wodociągowa epidemicznego wystąpienia duru w Wiedniu i Peszcie nie sprowadziła, zdawało mi się być uzasadnioném.

IV. W sprawie objawu Stoffeli i Pinsa.

W Nrze 8ym Przeglądu Lekarskiego na str. 92 jest podana wiadomość o nowym dotąd nieopisanym objawie zapalenia osierdzia, którego odkrywcą jest prof. Dr. v. Stoffela względnie Dr. Pins. (*Internat. klin. Rundschau*, Nr. 4 i 5).

Objaw polega na tém, że obszar poprzeczny t. z. stłumienia serca zmienia się przy zmianie położenia chorego z poziomu w pion i odwrotnie.

Jestto objaw, który świadczy tylko, że w worku osierdziowym znajduje się płyn, a czy jest zapalenie osierdzia, rozpoznaje się w dalszym ciągu z innych znaków towarzyszących.

Nie o to mi jednak chodzi, lecz o to, że już w r. 1871 Gerhardt w swoim *Lehrbuch der Auscultation und Percussion*, II A., str. 268, podaje ten objaw jako przez siebie odkryty, a od tego czasu wszystkie podręczniki o chorobach serca wymieniają tego autora jako odkrywcę powyższego objawu wypukowego.

W moich dziełach o chorobach serca jest to zjawisko pod odpowiednim nagłówkiem omówione, ja zaś w praktyce od 18 lat posługuję się nim w celach rozpoznawczych.

Tyle dla sprostowania pseudonowego wynalazku, jeszcze niby nieopisanego.

Lwów 26 lutego. *Dr. Widmann.*

V. Z praktyki prywatnéj.

Ugrzęźnięcie ciała obcego o ostrych brzegach w przełyku, zepchnięcie sondą połykową, wyleczenie.

Chociaż kazuistyka utkwienia ciał obcych w przełyku nie jest zbyt rzadką, to jednak przypadek niniejszy, który podaję do wiadomości kolegów, zdaje mi się zasługiwać na pewne zainteresowanie się częścią dla niezwykłości reakcyi, jaką ciało obce w ustroju wywołało, częścią z powodu znacznego przeciągu czasu, przez który takowe w przewodzie pokarmowym zostawało.

Dnia 2 grudnia 1888 r. przybyła do mnie z Lenkowiec, wsi odległéj o niespełna pół mili od Czerniowiec, wieśniaczka Anica Hruszakowa, 28 lat licząca, w towarzystwie drugiéj kobiety, podtrzymującéj ją, a z opowiadania téj ostatniéj dowiedziałem się, iż dnia poprzedniego pacyjentka jedząc kapustę z mięsem wieprzowém uczuła nagle dotkliwy ból w przełyku, poczém natychmiast upadła na podłogę i wśród ustawicznéj czkawki przez mniéj lub więcéj dwie godziny nie mogła ani słowa wymówić. Wyraz twarzy miał być wystraszony, oczy mocno z oczodołów wyparte, sinica na twarzy. Dowiedziawszy się o co rzecz idzie, przystąpiłem zaraz do zbadania pacyjentki, a wynik tego był następujący: Kobieta młoda, wzrostu słusznego, dobrze zbudowana i odżywiona. Wyraz twarzy przelękniony, na ustach i całej twarzy wybitna sinica, czoło pokryte chłodnym potem. Oddech ciężki, przyspieszony, liczba oddechów 48 razy na minutę. Ciepłota ciała dotykiem badana zdaje się być normalną. Na zapytanie odpowiada chora cichym szeptem i to z widocznym wysiłkiem. — Naprowadzony wywiadami na możliwość obecności obcego ciała w przełyku, zamierzałem zrazu wykonać próbę z „połykaniem wody“, nie chcąc jednakże tracić czasu na pouczanie choréj w jaki sposób ma się przy téj próbie zachować, wyjąłem sondę połykową i wśród częstych odruchów wymiotnych ze strony pacyjentki, wprowadziłem ją mniéj lub więcéj powyżéj jednéj trzeciéj części jéj długości, poczém natrafiłem na opór. Cofnąwszy następnie sondę ku górze miałem przy powtórném jéj obniżeniu w kierunku napotkanego oporu takie uczucie, jakoby koniec sondy ślizgał się po skośnéj powierzchni. Zrazu przy słabym nacisku sondą opór utrzymywał się ciągle w tém samém miejscu; gdy jednak nacisk zwiększyłem, uczułem, iż opór prawie zupełnie ustąpił a sonda z łatwością dała się wprowadzić aż do żołądka. Przy posuwaniu jednak sondy ku dołowi doznawałem takiego wrażenia, jakoby ściana jéj po stronie prawéj ocierała się o jakąś chropowatą powierzchnię, co przy wyciąganiu jéj ku górze jeszcze wyraźniéj wystąpiło. Wyciągnąłem tedy sondę tak wysoko, aż straciłem owe uczucie ocierania się jéj o chropowatą powierzchnię, poczém znowu ją obniżyłem. Tym razem natrafiłem wprawdzie na opór, ale tenże w miarę zwolna obniżającéj się sondy ciągle ustępował, tak, iż byłem pewnym, że spycham ciało obce ku żołądkowi. Teraz wyjęcie sondy odbyło się bez żadnego tarcia, powierzchnia jéj była pokryta nieznaczną ilością krwi i śluzu, z okienek zaś wypływała mała ilość żółtawéj treści o ostrym żółciowym zapachu. Cała ta przeszło 20 minut trwająca procedura zmęczyła wprawdzie bardzo pacyjentkę, jednakże po wyjęciu sondy ustąpiła całkowicie owa znaczna duszność, o któréj przy opisaniu „stanu obecnego“ wspomniałem, a w twarzy odbijało się raczéj zmęczenie niż strach. — Zaleciłem choréj połykanie kawałeczków lodu, środek przeczyszczający i baczną obserwacyję każdorazowo oddanego stolca, sam zaś nie rokowałem sobie dla niéj zbyt świetnego przebiegu, licząc na to, iż ostre brzegi ciała obcego grożą w wysokim stopniu ścianom przewodu pokarmowego.

Do dnia 13 grudnia nie miałem o stanie choréj żadnéj wiadomości, dopiero w tym dniu przybyła ona wraz z mężem swym do mnie podziękować za szczęśliwie dokonany rękoczyn i przyniosła w płatku zawiniętą kostkę długości 2·6 ctm., szerokości na jednym końcu 1·2 ctm., na drugim 1·00 ctm., stanowiącą odłamek „kości długiéj“ o przekroju półksiężycowatym. Koniec węższy przedstawia brzeg piłkowany o 6ciu występujących ząbkach nierównéj wielkości. Kość ta wyszła ze stolcem dnia 11 grudnia (a więc w 10 dni po jéj połknięciu) wśród miernego bólu w kiszce stolcowéj, przyczém chora dodaje, iż „czując że coś twardego z niéj wychodzi“, palcami ją wydobyła z rzyci. — Obecnie stan choréj zupełnie zadowalający, skarży się tylko na mierny ból w przełyku i to wyłącznie przy piciu wódki, co odnoszę do więcéj niż prawdopodobnego skaleczenia odnośnéj okolicy przełyku. *Dr. Chrząszczewski* w Czerniowcach.

Noworodek z zębami. Przed dwoma tygodniami porodziła w Dukli kobieta 33 lat licząca pierwiastka, otyła, w położeniu pośladkowém dziecię płci żeńskiéj. Długość ciała 52 ctm., płód nader rozwinięty, włosy czarne nad 2 ctm. długie, sutki piersiowe obrzękłe, wydatne, wielkości jaja kurzego, brodawki maleńkie sterczące. Dziecko miało w szczęce górnéj i dolnéj prócz zębów mądrości wszystkie zęby zupełnie rozwinięte, dające się namacać jak kauczuk miękki, i były tak mocno osadzone, iż nie zdołałem żadnego zęba palcami wyjąć. Nadmienić mi wypada, że matka ma dotąd wszystkie zęby zdrowe i dopiero w przeszłym roku wyrosły jéj zęby mądrości.

Dr. Karol Reiss w Dukli.

VI. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Bonome: **Przypadek surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnéj, osierdzia i opon mozgordzeniowych, zrządzonego przez grzybek podobny do grzybka zapalenia płuc.**

W jednym przypadku, w którym za życia zapalenie płuc i opon mózgo-rdzeniowych rozpoznano, a gdzie przy sekcyi rozsiane zapalenie surowiczo włóknikowe opon mózgordzeniowych, opłucnéj i osierdzia obok obrzęku śledziony bez zmian zapalnych w miąższu płucnym znaleziono, udało się autorowi tak drogą hodowli jak i drogą mikroskopową odnaleść grzybek okrągły, niekiedy w łańcuchy z 5—6 ogniw złożone ułożony, posiadający otoczkę barwiącą się metodą Grama. Grzybek ten w odróżnieniu od grzybka zapalenia (*Diplococcus pneumoniae. Fraenkel-Weichselbaum*) wzrastał dobrze na pożywce gelatynowéj, w pożywce rosołowéj wywiązywał niemiły zapach potu, na kartoflach wzrastał jako trudno dostrzegalna delikatna biała warstwa. Wstrzyknięty pod skórę lub do jamy otrzewnowéj królików, myszy i świnek morskich sprowadzał śmierć takowych z objawami lokalnego i rozsianego zapalenia surowiczo-włóknikowego błon surowiczych, obok rozlanego surowiczego obrzęku około miejsca wstrzyknięcia bez charakterystycznego dla swoistego grzybka zapalenia płuc obrzęku śledziony. Autor uważa grzybek ten za blisko pokrewny grzybkowi swoistemu i daje mu nazwę: *Pseudodiplococcus pneumoniens.* (*Centralblatt f. Bakteriologie* 1888, Nr. 11). *Dr. Karliński.*

Sacharow: **O podobieństwie pod względem morfologicznym pasorzytów, wywołujących zakażenie bagienne, do pasorzytów duru powrotnego.**

Na posiedzeniu Kaukazkiego Tow. lek. 29 grudnia 1888 r. podał autor co następuje. We krwi chorych na dur powrotny żyje t. z. *haematozoon*, które najłatwiéj można spostrzedz zaraz po napadzie. Jest to istota przedzierzgnicowa, z dużém jądrem, dosięgająca wielkości 20 ciałek czerwonych. Istota ta wypuszcza w pewném miejscu wyrostek pierwoszczy, który czasem się od niéj oddziela. Los takich oddzielonych cząstek bywa dwojaki. Jedne z nich wnikają w ciałka czerwone, rosną, pochłaniają barwik i stopniowo zamieniają się w *haemotozoon*, drugie prawdopodobnie wytwarzają krętowłoski. Wszystkie opisane postacie pokazywał autor na posiedzeniu. (*Wracz* 1889, Nr. 1). *A. W.*

Patologija.

Prof. Dr. Herm. Vierort: **Przyczynek do nauki o chorobie Weila.**

Przed trzema laty zwrócił Weil uwagę na nową postać chorobową, a niedawno zebrał Fiedler kilka przypadków, które się dają również odnieść do téj nowoopisanéj choroby Weila. V. przytacza nadzwyczaj dokładną historyję choroby, pochodzącą z czasów, kiedy o nowéj postaci chorobowéj Weila nie myślano, tj. z r. 1881 i sądzi, że zbieranie przypadków właśnie z owych czasów, kiedy niepewnych objawów nie „naciągano“ jeszcze do rozpoznania nowéj choroby, ma dla statystyki niezmierną doniosłość.

Chory Vierordta liczył lat 19. W rodzinie nie było żadnego dziedzicznego obciążenia. W młodości cierpiał na kaszel i duszność. Choroba rozpoczęła się od nader silnego bólu głowy i dreszczu. Nazajutrz wzmogły się oba te objawy a chory tak osłabł, że trzeciego dnia musiał się położyć do łóżka. Tegoż dnia stracił przytomność i majaczył. Czwartego dnia choroby przyniesiono go do kliniki. Stan obecny: skóra, płuca i serce prawidłowe. Wątroba w linii sutkowéj do łuku żebrowego, śledziona raczéj mniejsza niż w stanie prawidłowym. Ciepłota pomiędzy 40·3 a 40·8. Choremu podano koniak i polecono zimną kąpiel. Przez następne trzy dni ciepłota utrzymuje się pomiędzy 38·8 a 40·9, chory majaczy. W moczu pojawia się ślad białka. Ósmego dnia choroby występuje żółtaczka, która się przez dziesięć dni powiększa, również i śledziona jest teraz wyraźnie powiększona. Wątroba ciągle prawidłowa. Stolce tylko przez dwa dni odbarwione. W śród tego pojawia się *herpes labialis*. Ciepłota z chwilą pojawienia się żółtaczki powoli się obniża, a w sześć dni po pojawieniu się żółtaczki dochodzi do granicy prawidłowéj. W miarę zmniejszania się żółtaczki ciepłota na krótko znowu podnosi się do wysokości 39·5, ażeby jednak po kilku dniach wahania zejść do stanu prawidłowego. Ostatnie podniesienie się ciepłoty było w 24tym dniu choroby (38·0). Od tego czasu stan chorego poprawiał się ciągle tak, że chory opuścił klinikę w 37 dniu od rozpoczęcia choroby z małym śladem żółtaczki na twardówkach. Objawy te zgadzają się w zupełności z objawami choroby Weila, opisanemi przez Fiedlera. Brak tylko gwałtownych bólów w łydkach, który ma cechować tę chorobę. Według opisu Fiedlera stan gorączkowy ciągły trwa mniéj lub więcéj ośm do dziesięciu dni a przez następne cztery do sześciu dni ciepłota powoli opada. Po przerwie mniéj lub więcéj tygodniowéj pojawia się znowu gorączka cztero lub pięciodniowa. Żółtaczka występuje zwykle między trzecim a piątym dniem choroby. Oprócz powyższego przytacza V. jeszcze kilka przypadków, które zna z literatury, a w których rozpoznanie brzmiećby mogło: „Choroba Weila“. (*Internat. klin. Rundschau* 1889, Nr. 4). *A. R.*

Prof. Podwysocki (młodszy): **O pożeraniu obumarłych ognisk w miąższu wątrobowym przez komórki olbrzymie. — hepatofagi.**

Autor wstrzykiwał zwierzętom niewielkie ilości alkoholu 40% do żyły wrotnéj, a powtarzając takie wstrzykiwania w przeciągu kilku dni, wywoływał ogniskowe obumieranie miąższu wątrobowego. Ogniska w ten sposób wywołane były złożone z komórek wątrobowych, obumarłych, w postaci jednolitéj masy, wsród któréj jednak można było odróżnić granice komórek a nawet szczątki jąder. Ogniska te były otoczone wałem granicznym, złożonym z olbrzymich komórek, zawierających 3—50 jąder. Im dłuższy okres czasu upływał pomiędzy wstrzykiwaniem alkoholu a śmiercią zwierzęcia, tém większą była ilość tych tworów olbrzymich, które wjadały się niejako w obumarłą masę. W komórkach tych można było oprócz jąder i pierwoszcza odróżnić jeszcze grudki rozmaitéj wielkości i w rozmaitéj ilości, z których pewne co do swego wejrzenia i zachowania się względem barwików były zupełnie podobne do masy nekrotycznéj obumarłych ognisk, inne zaś różniły się tém, że się składały z drobnych ziarenek. Anatomiczny ten obraz podług autora ma powstawać w skutek tego, że na około miejsc obumarłych wytwarzają się komórki olbrzymie, które pochłaniają cząstki martwe i przyswajają je sobie. Komórki te mają powstawać z komórek tkanki łącznéj. W dalszym ciągu odbywa się w nich podział jąder drogą pączkowania. Jako przyczynę takiego rozrostu i podziału przyjmuje autor swoiste działanie ognisk obumarłych, o którém to działaniu obecnie nie można nic więcéj powiedzieć. Że ono jednak istnieje, przemawiają za tém niedawne doświadczenia Chabrego, który wykazał, że przy pewnym ucisku igłą na komórkę *ascidiae aspersae* i *strongylocentrati lividi* udaje się otrzymać nieprawidłowe jéj dzielenie się, przy bardziéj silnym ucisku dzielenie się tylko samych jąder, a przy jeszcze silniejszym, śmierć pierwoszcza. (*Wracz* 1889 r. Nr. 3). *A. W.*

Prof. Queirolo (Genua): **O znaczeniu potów w przebiegu chorób zakaźnych.**

Już dawno przypuszczano i wierzono, że poty stanowią t. z. *materia peccans*, która wyprowadza na powierzchnię ciała istoty zatruwające ustrój, rozwijające się w przebiegu chorób zakaźnych. W ślad zatém stosowano leczenie a było niém „działanie napotne“. Zdanie to utrzymało się przez szereg wieków i było przyczyną, że jeszcze Frank utrzy-

mywał, że przerywanie potów u gorączkujących sprowadza ich niechybną śmierć. Najnowsze odkrycia i doświadczenia na polu bakteryjologii, odnoszące się przeważnie do spraw życiowych drobnych ustrojów, zmusza mimowoli do powrotu do najdawniejszych pojęć pod tym względem, z tą tylko różnicą, że obecnie nadano wytworom owych nieprzyjaznych drobnych ustrojów pewną nazwę, choćby dla pokrycia ich nieznajomości. Owe „ptomainy“ wydalają się z potami, skoro się poprzednio we krwi dostatecznie nagromadziły. Q. udowadnia na drodze doświadczalnéj, że pot z osób dotkniętych chorobą zakaźną zawiera własności trujące, tak jak krew z tych samych osób. Króliki, którym pot z osób dotkniętych ospą, durem brzusznym, zimnicą, gośccem stawowym wstrzykiwał, ginęły po 12—24—48 godzinach; przy sekcyi nie znaleziono u tych zwierząt żadnych zmian choroby jakiéjś zakaźnéj, najlepszy dowód, że zginęły z zatrucia. Wynika zatém z tych doświadczeń, że starodawne leczenie napotne w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, poparte obecnie doświadczeniami, powiny uzyskać prawo obywatelstwa. (*Deut. med. Woch.* 1888, Nr. 48). *Dr. Kraus.*

Farmakologija.

Th. Williams: **Nowe leki antiseptyczne w suchotach.**

Autor używał kwasu fenylo-propionowego i fenylu octowego. Pierwszy, skoncentrowany w wyskoku, rozpuszcza się w wodzie, ma smak kwaśny, woń aromatyczną, dość przyjemną. Dawka 10—20 kropel w 2 uncyjach wody. Lek ten podawano 20 suchotnikom, 14 kobiet, 6 mężczyzn. Większa część przypadków była przewlekłą, 9 trwało od 2 lat, reszta od 5. U wszystkich były objawy wyniszczenia i poty nocne. W 9 przyp. był naciek gruźliczy (6 jednostronnie, 4 po str. lewéj, 2 po str. prawéj), w 11 przypadkach były już jamy i to 3 pojedyncze a 7 połączone z naciekiem gruźliczym po drugiéj stronie. W przypadkach skrofulicznych nie było jam, tylko zgęszczenie szczytów i powiększenie gruczołów szyjnych. W 14 badanych przypadkach znaleziono prątki gruźlicze. Podawano lek powyższy w różnych przestankach przez 28—85 dni, średnio 46—7 dni. Nudności, wymiotów ani braku apetytu lek ten nie wywoływał, prócz 2 przypadków, którzy po rozwodnieniu leku również go dobrze znosili. Woni w oddechu nie stwierdzono, ani też w moczu albo kale leku tego nie wykryto. Wypadek leczenia: u 13 chorych poprawa, u 3 pogorszenie. Poprawa dotyczyła polepszenia łaknienia, ogólnego wzmocnienia, lepszéj cery; w zachowaniu ciepłoty żadnéj zmiany. Ciężar ciał u 4 zmniejszył się a u 2 powiększył, z 4 gorączkujących u 2 podniósł się a u 2 opadł. W przypadkach nacieku gruźliczego nie było takiéj poprawy jak z jamami: z pierwszych 9 poprawa u 5, reszta bez zmiany i z pogorszeniem a w przypadkach z jamami: z 11, z poprawą 8 a 1 bez zmiany, z czego wynika, że u tych kwas ten działa pomyślnie na sprawę ropienia. Co do miejscowych zmian, to u 5 nastała poprawa, z tych u 3 gruźliczych, a 2 z jamami; u 9 nie osiągnięto żadnéj zmiany a 6 doznało rozszerzenia cierpienia.

Wynik poprawy ogólnéj jest więc wybitniejszy, niż miejscowéj. Lek ten nie zmniejsza kaszlu ani gorączki, ale wzmaga apetyt i podwyższa ciężar ciała i wzmacnia. Fenyl octowy ma woń podobną pierwszemu, kwasotę zaś silniejszą. I tu dawka 10—20 kropel 3 r. dziennie.

Lek ten stosował autor u 14 mężczyzn a 5 kobiet. Mężczyzni byli wieku l. 18—40 (29—6), kobiety 14—40 (21). Trwanie choroby od 2 miesięcy do 5 lat. Jeden przypadek był przyrody zołzowéj, w 1 były obustronne jamy i prawostronna odma piersiowa. Między temi 18 l. dziewczyna zaraziła się pielęgnując suchotniczą swą siostrę. W 2 przyp. trwała gorączka. W 9 przyp. był naciek gruźliczy (w 1 obustronnie szczyt), nie przekraczający zwykle jednego płatu; u 10 były jamy płucne, częścią ograniczone, częścią rozlane, u 2 obustronne. W 15 przyp. wykazano prątki. Niepomyślnych przypadów i ten lek nie wywoływał. Nie odczuwano go w oddechu i nie znaleziono w wydzielinach.

Z tych chorych 11 doznało poprawy, między temi 3 znacznéj, 4 pogorszenia, 3 zostały bez zmiany. Plwocina i kaszel zmniejszyły się tylko u gorączkujących. Miejscowa poprawa nastała u $^{4}/_{6}$ z naciekiem gruźliczym a tylko u $^{2}/_{5}$ z jamami. Ogólna poprawa wynosi 68·9%, miejscowa 36·15%. Ciężar ciała w ogóle po fenylopropionie o 70% a po fenylu octanie o 60%. Na przebieg gorączki nie działa ani pierwszy ani drugi. (*The Practitioner* 1889.) *Dr. Smoleński.*

Szumlański (Warszawa): **Kreolin w chorobach gardziela, krtani i uszu.**

Pierwszy raz stosowany kreolin w chorobach jamy ust widział S. w klinice prof. Schnitzlera we Wiedniu, jużto w postaci płukania, pędzlowania, jużto wdmuchiwania lub wziewania. Autor przytacza przypadek, w którym wyleczenie pleśniawki jamy ust nastąpiło po jednorazowém zapędzlowaniu 1% roztworem kreolinu. Po otworzeniu ropnia w śródmiąższowém zapaleniu gardziela stosują ten środek również w postaci płukania. Dławiec i błonicę leczył kreolinem dotychczas Munk pędzlując trzy razy dziennie miejsca zajęte dość silnym roztworem. W leczeniu wrzodów gruźliczych krtani prof. Schnitzler, oddając pierwszeństwo środkom przeciwgnilnie, działającym przed żrącemi, poleca gorąco kreolin. Chorzy znoszą to leczenie, jako o wiele łagodniejsze daleko lepiéj. Wewnętrznie podaje się kreolin tak jak kreozot w kapsułkach z tranem; mocz nie ulega żadnym zmianom. Z chorób ucha, w których kreolin z korzyścią można zastosować, należy wyliczyć czyrak ucha zewnętrznego i pryszczycę. (*Medycyna* 1888, Nr. 51). *Dr. Kraus.*

O nowszych środkach przeciw tasiemcowi.

Doświadczenie poucza, że najwięcéj uznane środki czerwiogubne przecież czasem zawodzą; z tego powodu nie będzie od rzeczy zapoznać czytelników z kilku nowszemi sposobami wypędzenia tasiemca. Z nowszych leków przeciw tasiemcowi zasługują na wyszczególnienie i używanie w praktyce następujące: 1) *Pelleticrinum sulphuricum*, alkaloid otrzymany przez Taureta z *Punica granatum*. Według Friedmanna *Punica* nie sprowadza żadnych nieprzyjemnych objawów, mianowicie nie wywołuje przypadów nudności. W 10ciu przypadkach osiągnął Fr. za pomocą tego środka pożądany skutek. Zwykła dawka u dorosłych wynosi 0·5—1·5 u dzieci 0,06. 2) Chloroform zaleca J. G. Brooks jako wybitnie skuteczny w następującéj postaci: *Chloroformii, extr. filicis āā 4,0. Emuls Ol. Ricini 100,0. DS.* Po 24ro godzinnym poście na raz zażyć. Bennet (*New York med. Record*) daje 2,0 czystego chloroformu, w 60,0 *Mucilago* zażyć rano na czczo, a w pół godziny 30,0 ol. rycynowego. 3) Koriander poleca naftalin dzieciom 0,15—2,0, dorosłym 1,25—6,0 2 razy dziennie w proszkach jako świetny czerwiogubny środek. 4) Myrtol podając się z skutkiem w kapsułkach 4—10 razy dziennie po 0·15. 5) Harris poleca nasiona z *Embelia Ribes* 4 do 10 gr., sproszkowane, w słodkiem mleku na czczo a nadto środek przeczyszczający. Istoty działającéj tych nasion jeszcze nie otrzymano w stanie czystym. 6) Dr. Numa Gampi (*Il Raccoglitore medico* 1887) poleca tymol w wielkich dawkach z oliwą i twierdzi, że ten środek ma być lekiem swoistym przeciw tasiemcowi. (*Deut. med. Woch.* 1889, Nr. 1). *Dr. Spira.*

Choroby nerwowe.

E. N. Brush: **Kilka spostrzeżeń nad leczeniem bezsenności.**

Bezsenność może być następstwem tak rozmaitych zaburzeń w ustroju, że ktoby w każdym przypadku podawał tylko znane leki nasenne, częściéjby szkodził, niż pomagał. Jak w innych cierpieniach, tak i tu trzeba indywidualizować, i starać się usunąć przyczynę bezsenności. Autor opisuje na dowód kilka przypadków z własnéj praktyki.

1. Mężczyzna w sile wieku, dotychczas zdrów, jadąc w otwartym powozie doznaje nagle nudności, zawrotu i bólu głowy, żrenice rozszerzone, tętno 92—100, oddech jęczący, ciepłota prawidłowa. Pamięć i mowa zamącona. Lekarze przypuszczając zapalenie opon mózgowych podawali przez dłuższy czas wielkie dawki bromu, pomimo to chorego trapiła zupełna bezsenność. Autor przedewszystkiém usunął natychmiast brom, podawał mleko, jaja i nieco whisky, wieczorem wycieranie skóry gąbką w ciepłéj wodzie maczaną z następowém silném nacieraniem całego ciała grubemi ręcznikami, oraz stósował codzien-

nie przez 10 do 15 min. galwanizowanie stosu pacierzowego i tyłogłowia. Już pierwszéj następnéj nocy chory spał bardzo dobrze, a odtąd bezsenność ustąpiła zupełnie. Odjęcie bromu, zupełny spokój, położenie poziome i uspokojające działanie prądu galwanicznego działały tu tak pomyślnie.

2. Kobieta z przypadami ciężkiéj melancholii, z bezsennością od kilku miesięcy i wielkiém wyniszczeniem ogólnêm. Źrenice rozszerzone, oddech ciężki, język obłożony, ciepłota podwyższona. I tu lekarze podawali przez dłuższy czas brom bezskutecznie. Autor dla podniecenia znużonych nadużyciem bromu ośrodków usunął tenże, a natomiast podawał strychnin, poczém pierwszéj nocy powstały zaburzenia w postaci *maniae a potu*. Zastósowano mleko i jaja raz na dzień, nieco whisky, na noc okłady gorące na stos pacierzowy i wycierania skóry szorstką rękawicą i odtąd bezsenność znikła na zawsze. I tu więc usunięcie bromu i podniecające dawki strychninu działały bardzo pomyślnie.

3. Kobieta 35 l., w pożyciu małżeńskiém bardzo nieszczęśliwa, cierpiała rozliczne zboczenia nerwowe, zawrót głowy, mrowienie skóry, ćmienie w oczach, dzwonienie w uszach i tak znaczne wyniszczenie, że wcale chodzić nie mogła. Zalecono zupełny spokój, leki wzmacniające, mięsienie; w krótkim czasie nastała znaczna poprawa, chora wkrótce mogła już chodzić. Przeciw istniejącéj jeszcze bezsenności zastósowano wycierania całego ciała grubemi ręcznikami, zakazano czytania, bo wywoływało ciężkość i ból głowy, podawano dużo płynów i wodę Vichy. Skutkiem takiego leczenia chora wyzdrowiała wkrótce.

4. Następny przypadek dotyczy mężczyzny dotkniętego hypochondryją, który niekiedy wydaje krzyki hysteryczne i ma napady kurczów, oraz od lat kilku cierpi bezsenność; lekarze rozpoznali nowotwór w mózgu i podawali prawie wszystkie leki nasenne bez skutku. W tym stanie przybył do szpitala. Autor zastósował na noc kąpiel ciepłą, wycieranie silne skóry i zawinięcie w prześcieradło, 2 filiżanki gorącéj beeftea z rumem i w krótkim czasie chory wyzdrowiał. Za przykładem Ecclesa autor poleca w bezsenności także natryski gorące przez tyłogłowie. (*The Practitioner* 1889, styczeń). *Dr. Smoleński.*

Schreiber: **O leczeniu sposobem Weir-Mitchela.**

Jak wiadomo leczenie Weir-Mitchela składa się z 4 części: odosobnienie chorego, masowanie, elektryzowanie i forsowne żywienie przeważnie mlekiem. Autor wszystkie te punkty ostréj choć zdrowéj poddaje krytyce.

U wielkiéj liczby chorych w zakładach swych leczonych przekonał się, że odosobnienie chorego często wręcz przeciwny od zamierzonego wydaje skutek. Są to mianowicie osoby, które dręczone pewną myślą o swoich stosunkach osobistych lub o chorobie, w zamkniętém odosobnieniu obszerne znajdują pole do bujania swéj chorobliwéj wyobraźni. Przeciwnie chorzy, którzy w szumie i walce życiowéj zdobyli upragnione laury i mniéj pożądaną neurastenię lub hysteryję, czują się bardzo dobrze w odosobnieniu i zaciszu a w krótkim stosunkowo czasie odzyskują zdrowie.

Masowanie połączone z gimnastyką uważa autor za najważniejszą część metody Weir-Mitchela i może nieco stronniczo przypisuje cały skutek leczenia masowaniu. Przeciwwskazań nie znajduje prawie żadnych i przeprowadza konsekwentne masowanie nawet u bardzo pobudliwych histerycznych kobiet. U tych radzi zaczynać od częściowego masowania i bardzo powoli przechodzić do ogólnego, silnego i do 2 godzin trwającego głaskania (*effleurage*), gniecenia całego ciała. Chora, która przy pierwszém bardzo lekkiém ugnieceniu ramienia popadła w stan omdlenia, znosiła bardzo dobrze po kilku tygodniach ogólne w zwykły sposób wykonywane masowanie. Skutek masowania jest według autora zadziwiająco pomyślnym dla neurasteników i histerycznych.

Elektryzowaniu nie przypisuje autor żadnego znaczenia i nie radzi go nawet stosować, jeżeli nie ma potemu szczególnych wskazań, jak np. neuralgii, nerwobólów lub tp.

Forsowne żywienie, mianowicie kuracyję mleczną, z pewném tylko zastrzeżeniem przedsiębrać można. Pomijając już nawet, że wiele chorych mleka w ogóle nie znosi i na sam widok nudności a nawet wymiotów dostaje, to i forsowne żywienie bez odpowiedniego ruchu czynnego i biernego sprowadza często przypady żołądkowe dla lekarza bardzo nieprzyjemne i niszczy uzyskane dobre rezultaty. Na nic się więc nie zda forsowne leczenie mleczne i raczéj przestrzegać należy, aby chory pokarmy w przepisanéj przez lekarza ilości i postaci pobierał i nie narażał się, jak wielu neurasteników i histerycznych robi, na dobrowolne głodzenie się. W miarę jak przy dłuższém pobycie na świeżém powietrzu, masowaniu i gimnastyce siły chorego się wzmagają, uczuwa on sam potrzebę pobierania większéj ilości pokarmów. W przypadkach jednak, w których chory mleko dobrze znosi, leczenie mleczne daje piękne wyniki. (*Berl. klin. Wochrft* 1888, Nr. 52, 53). *Dr. W. Momidłowski.*

Chirurgija.

Krafft: **O wczesnem leczeniu operacyjném perityphlitis stercoralis, powstałéj skutkiem przedziurawienia wyrostka robaczkowego.**

Autor stara się dowieść, że leczenie *perityphlitis* należy do zakresu chirurgii, a pewne wyleczenie tylko za pomocą rękoczynu osiągnąć można, raz dlatego, że środkami, jakie przepisuje medycyna wewnętrzna, nie można chorego uchronić od powrotu choroby, a powtóre, że chorobie téj towarzyszy zawsze wytworzenie się ogniska ropnego, a K. trzyma się dewizy: „*ubi pus, ibi evacua*". Jak liczne zestawienia autora dowodzą, niemal po każdém zapaleniu otrzewny koło kiszki ślepéj nawet po latach wielu powstają powroty, które świadczą, że proces dawny się nie ukończył, ale powoli postępował i prawie zawsze mogą powstać ropnie, które w miarę tego, dokąd przebijają, stanowią mniejsze lub większe niebezpieczeństwo dla życia chorego. Człowieka, który cierpiał na *perityphlitis*, nie należy uważać za zdrowego, nawet gdy wszelkie objawy chorobowe ustąpiły.

Skoro tylko rozpoznanie *perityphlitis appendicularis* jest pewne, radzi K. przystąpić do operacyi po poprzedniem podawaniu makowca w dużych dawkach. Cięcie robi K. takie, jakie wykonywa się przy podwiązaniu tętnicy biodrowéj wspólnéj. Często już po pierwszém cięciu wyczuć można chełbotanie, gdyby tego nie było, należy za pomocą punkcyi próbnéj przekonać się o położeniu ropnia. W świeżych przypadkach da się łatwo otrzewnę uchylić, w zastarzałych trzeba warstwowo przecinać, zwracając ostrze noża ku kości biodrowéj, by otrzewny nie naruszyć. Ropień otwiera się szeroko, przy czém należy wyszukać kamienia kałowego, następnie podwiązawszy wyrostek robaczkowy u podstawy, takowy odciąć i dla większéj pewności brzegi jego zeszyć. Do rany zakłada się długi sączek, za pomocą którego przepłukuje się codziennie. Jeżeli otrzewna nie została naruszoną, to operacyja nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa i chroni od powrotów.

Nakoniec Volkmann dodaje, że w dwóch przypadkach wykonał wyżéj podaną operacyję z bardzo pomyślnym wynikiem. (*Sammlung klinischer Vorträge* 1889, Nr. 331). *A. B.*

Daubler: **Studyja chirurgiczne w Afryce.**

Velpeau, zwracając uwagę na gojenie się ran u Anglików i Francuzów wypowiedział zdanie, że ustrój członków tych dwóch narodowości jest różny i dlatego skutki po operacyjach u jednych i u drugich bywają rozmaite. Postępując za myślą Velpeau, zestawia D. z praktyki swojéj w szpitalu w Kimberley wyniki z 17 operacyi wykonanych na murzynach (8), mięszańcach (4), europejczykach (4) i na hotentocie (1). Operacyje, które tu wykonywano, polegały po większéj części na odjęciu podudzia, ramienia lub przedramienia. Z szczegółowego opisu przebiegu tych operacyj, który tu pominąć musimy, wynika, że u murzynów rany po operacyi goją się zazwyczaj bardzo szybko i to *per primam*, co tém bardziéj zasługuje na uwagę, że operacyje te wykonywa się często wśród warunków bardzo niekorzystnych przy niedostatecznéj antyseptyce, w przypadkach bardzo ciężkich, w przypadkach, które u ludzi białéj rasy żadnéj nadziei pomyślnego wyniku nie pozostawiają. (*Virchowa Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.* tom 115 zesz. 2). *A. B.*

Położnictwo.

Ehrendorfer (Insbruk): **Krwiak wargi sromowéj większéj podczas ciąży.**

Krwiaki części rodnych zewnętrznych podczas porodu nie należą do rzadkości. Po za tém, ze zmianą to spotykamy się

bardzo rzadko a przyczyną w takich razach bywają najczęściej gwałtowne urazy części rodnych zewnętrznych, przyczém pęka żyła a krew wylewa się do tkanki. Autor opisuje przypadek krwiaka u osoby w szóstym miesiącu ciąży, zresztą zdrowéj i nie okazującéj rozszerzenia żył, wywołanego przez gwałtowne spółkowanie. Chora uczuła nagle gwałtowny ból w wardze większéj prawéj i to taki, że akt spółkowania musiał być natychmiast przerwany. W téj saméj chwili zauważyła guz wielkości jaja kurzego, który wkrótce powiększył się do wielkości pięści dorosłego człowieka. Wezwany lekarz polecił okłady z *aqua saturnina*, po czém guz miał się nieco zmniejszyć i bóle osłabnąć. Chora jednak w celu szybszego wyleczenia zgłosiła się do kliniki.

Badanie wykazało, że u osoby, która jest w szóstym miesiącu ciąży, warga większa prawa przedstawia guz sinoniebieskiéj barwy, sięgający od spojenia łonowego aż do otworu stolcowego a ku wewnątrz zachodzący nieco do pochwy, 12 cm. długi a 10 cm. szeroki, ciepłotę w tém miejscu i w okolicy nie podwyższoną, bolesność guza znaczną, a w dwóch miejscach, gdzie skóra najwięcéj napięta, chełbotanie wyraźne. Ponieważ guz utrudniał chodzenie, znaczne bóle trwały bez przerwy, a obrzęk się nie zmniejszał, przeto zrobiono w wardze większéj prawéj cięcie podłużne 5—6 cm., po czém wypadł skrzep krwi wielkości jaja kurzego. W dnie jamy sączyła się w jedném miejscu krew ciemnoczerwona, miejsce to było zatém przyczyną krwiaka. Jamę wytamponowano gazą jodoformową i założono opaskę w kształcie litery T. Bóle ustały natychmiast; dalszy przebieg bez odczynu. Opatrunek zmieniano co dzień; jama zmniejszała się szybko, tak że chora dziesiątego dnia z małą ranką opuściła klinikę. Przypadek ten jest ciekawym ze względu na przyczynę, która wywołała cierpienie, gdyż nie ulega wątpliwości, że powstało ono w następstwie gwałtownego spółkowania, a na poparcie tego przytoczyć można podobny przypadek, opisany przez Lawson Taita, gdzie krwiak powstał również przez *„vis in Venerem ruentis tauri“* podczas pierwszego spółkowania, nie można było również wykazać u choréj okoliczności usposobiającéj, nie było bowiem żylaków i nie należała ona do tak zwanych „krwawców“; jedynie może przekrwienie części rodnych, jakie znachodzimy u ciężarnych, mogłoby mieć niejakie znaczenie, chociaż spostrzegamy wiele ciężarnych a mało krwiaków. W tym przypadku i to zaznaczyć wypada, że mimo silnych bólów kilka dni trwających ciąża nie doznała przerwy.

Autor jest zdania, że najlepsze wyniki daje przecięcie i opatrunek wyżéj wspomniany, rozumie się, gdy krwiak jest większy, utrudnia chodzenie i sprawia znaczne bóle. W ten sposób skraca się czas potrzebny do wyleczenia. (*Archiv für Gynaekologie XXXIV Band 1880 J.*)

Dr. Cercha.

Dr. M. Autoriello (Neapol): **Ciąża zamaciczna i wydalenie płodu przez kiszkę stolcową.**

Autor, asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Morisaniego w Neapolu, opisuje ciekawy przypadek, obserwowany w téjże klinice zeszłego roku. Dotyczył on osoby, lat 30 liczącéj, która nie cierpiała nigdy przedtém na żadne zboczenia w częściach płciowych, przebyła ośm zupełnie prawidłowych porodów, ostatni przed czterema laty. Od czerwca 1887 r. regularność ustała, w sierpniu t. r. wystąpiły nagle gwałtowne bóle w brzuchu, nie dające się niczém powstrzymać, trwały przez siedm godzin, poczém chora, mocno znużona, usnęła. Po przebudzeniu uczuła się zupełnie zdrową, bóle ustąpiły tak, że do zwykłych zajęć powrócić mogła. W ciągu kilku następnych miesięcy pozornego zdrowia zauważyła tylko powiększenie sutków, powiększenie się brzucha, wypływ wydzieliny białawéj z części rodnych, nadzwyczaj przykre ciągłe parcie na mocz, oraz zaparcie stolca, a przy oddawaniu takowego gwałtowne bóle w kiszce stolcowéj, równocześnie miała po raz pierwszy poczuć ruchy płodu. Sądząc więc, iż jest w ciąży, odpowiednio się zachowywała, nie zasięgając wcale porady lekarskiéj mimo powyższych dolegliwości. Przy końcu grudnia 1887 wystąpił gwałtowny krwotok z części rodnych, trwający przez dwa tygodnie, w styczniu 1888 ponowił się, lecz wkrótce ustąpił, a chora po kilkotygodniowém leżeniu w łóżku wstała, czując się zupełnie dobrze i doznając tylko od czasu do czasu nieznacznych bólów w krzyżach, oraz przykrego uczucia ucisku na międzykroczu, potęgującego się zwłaszcza przy siedzeniu. Trwało to do kwietnia 1888. Na dwa dni przed wstąpieniem do kliniki wystąpiły dreszcze z następową gorączką, a dnia 4 kwietnia uczuła wśród pracy nagle potrzebę oddania stolca i wtedy odeszła znaczna ilość cieczy cuchnącéj, a chora zauważyła, że jéj jakieś ciało z otworu stolcowego wystercza. Wezwany lekarz wyprawił ją natychmiast do kliniki, gdzie przyjętą została z objawami znacznego zapadu. Ponieważ doraźne badanie wykazało małą nóżkę płodu, sterczącą z otworu stolcowego, przeto przystąpił prof. Morisani do natychmiastowego wydobycia ręcznego płodu z kiszki stolcowéj, co się z łatwością udało, poczém odpłynęła spora ilość cieczy brudnéj, cuchnącéj. Ze względu na stan choréj zaniechano dnia tego dalszego badania, przestrzykano tylko kiszkę stolcową sublimatem i założono dren. Płód wydobyty nieżywy, z objawami maceracyi, ważący 260grm., 28cm. długi, okazywał znaczne splaszczenie boczne główki, pępek w wysokości $^2/_3$ t. z. *linea xypho-pubica*, brak zupełny pępowiny, na głowie delikatny meszek.

Ponieważ dnia następnego stan matki znacznie się polepszył, przystąpiono do dokładniejszego zbadania téjże, przyczém wykazano: w dolnéj części brzucha guz, sięgający na 4 palce ponad spojenie łonowe, okrągławy, o brzegach nieregularnych, elastyczny, niebolesny, zajmujący przeważnie lewą stronę brzucha. Prawą stronę brzucha zajmował drugi guz od poprzedniego wyraźnie rowkiem odgraniczony, odpowiadający powiększonéj macicy. W t. zw. przestrzeni Douglasa wybadano przez pochwę guz, wypuklający tylne sklepienie pochwowe, o powierzchni gładkiéj z guzem brzusznym lewym wyraźnie w związku będący. Przy ucisku na ten guz wydobywała się z otworu stolcowego skąpa ilość cieczy brudno-krwawéj, cuchnącéj. Badanie *per rectum* wykazało: w przedniéj ścianie kiszki odchodowéj duży otwór o brzegach nieregularnych, przez który palec wchodzi do jamy, otoczonéj ścianami miękkiemi, gładkiemi. Na téj podstawie rozpoznał prof. Morisani ciążę pozamaciczną, prawdopodobnie trąbkową, pęknięcie jaja płodowego, dostanie się płodu do t. zw. przestrzeni Douglasa, otorbienie tamże, zrosty z kiszką stolcową, z następowém przebiciem i wydostaniem się płodu do kiszki odchodowéj.

Leczenie przypadku tego było następujące: Przez pierwsze trzy dni przepłukiwano przez założony stale dren sublimatem naprzemian z kwasem borowym kilka razy dziennie. Czwartego dnia wyjęto dren i zakładano go tylko trzy razy dziennie dla przepłukiwania Stan choréj, która tylko przez pierwsze dni wieczorem nieco gorączkowała, z dniem każdym się polepszał, otwór w kiszce stolcowéj zaczął się zmniejszać tak, iż przy wyjściu choréj z kliniki, co nastąpiło 20 dnia po przyjęciu, przedstawiał średnicę zaledwie 2cm. Dalszych spostrzeżeń autor nie mógł czynić, gdyż chora się oddaliła. (*Wiener klin. Woch.*, 1889, Nr. 7). *Dr. Langie.*

Okulistyka.

Dr. A. Fick: **O nierównomiernéj akomodacyi u zdrowych i u anisometropów.**

Wbrew panującéj w optyce fizyologicznéj zasadzie, że bodźce akomodacyjne dla obojga ócz są równe, znalazł F. za pomocą swéj dokładniejszéj metody, że już w stanie fizyologicznym wartość akomodacyi w obu oczach może skutkiem niejednakowego bodźca do pewnego stopnia wahać się niezależnie od siebie. Metoda autora polega na wytworzeniu szkłami sztucznéj anizometropii i kontroli nierównomiernéj akomodacyi wedle jasności obrazków w stereoskopie. Tym sposobem znalazł F., że w znacznéj części przypadków nierównomierna akomodacyja mogła do 1·5*D* różnicy refrakcyi przezwyciężyć, przy pewnéj zaś wprawie badanych nawet do 3·25*D*, co prawda nie bez znacznego uczucia zmęczenia ócz. Odpowiednio temu pokazało się, że i przy rzeczywistéj anisometropii bodziec akomodacyjny jednego oka może w pewnych granicach niezależnie od drugiego oka wahać się, jakkolwiek bywają przypadki, gdzie bodźce te i wartość akomodacyi są w obu oczach równe. Te ostatnie przypadki, jak

słusznie twierdzi autor, są właśnie temi, gdzie wbrew przyjętym zasadom chorzy znoszą całkowitą korekcyję anisometryi. Liczba ich, zdaniem F., byłaby większą, gdyby uwzględniano, że powstająca ztąd niedomoga jest często tylko natury mięśniowéj. Tam zaś, gdzie obok zachowanego widzenia obuocznego, przy równéj bystrości wzroku bodźce akomodacyjne obu ócz grają niezależnie od siebie, tam nawet w obec równéj szerokości akomodacyjnéj zupełna korekcyja niemiarowości nie bywa znoszoną, ponieważ wytworzyły się tu odrębne skojarzenia bodźców nastawczych. W każdym więc poszczególnym przypadku uwzględnić przy korekcyi należy: 1) szerokość akomodacyjną każdego oka z osobna, 2) granice, w jakich akomodacyja jednego oka waha się niezależnie od drugiego, 3) tę zmianę refrakcyi ócz, przy któréj możliwém jest zupełnie swobodne czytanie obuoczne w stereoskopie. (*Archiv f. Augenheilk.*, t. XIX, z. II).

Dr. Sroczyński.

Choroby weneryczne.

Schaeffer (Wrocław): O leczeniu przewlekłej rzeżączki cewki moczowéj.

Na wstępie zastanawia się S. nad pytaniem, kiedy należy uważać rzeżączkę cewki za wyleczoną. Zdaniem jego, rzeżączka cewki mimo istniejącego jeszcze śluzowego wypływu z cewki jest wyleczoną, jeśli dziesięć razy bakteryjologicznie i mikroskopowo dokładnie badana wydzielina okaże się wolną od gonokoków Neissera. Musi jednak badający bakteryjolog być biegły, bo gonokoki są bardzo podobne do innych koków znajdujących się zarówno w chorobowo zmienionéj jak i prawidłowéj cewce.

Gdy Grünfeld zaczął przy pomocy swego endoskopu leczyć przewlekłą rzeżączkę cewki za pomocą środków żrących miejscowo stosowanych, zdawało mu się, że doprowadził do ostatecznego jéj wyleczenia. Z czasem okazało się to niezupełnie prawdziwém. Oberländer wykazał, że nierzadko przyczyną przeciągania się wyleczenia rzeżączki głębokiéj jest zwężenie w przedniéj części cewki a nawet w zewnętrznem ujściu, że usunięcie tego ostatniego zwężenia leczy chorobę głębszą. Rozszerza zatém ujście zewnętrzne cewki za pomocą krótkich kateterów o 4—5cm. długości. W dalszym ciągu pracy mówi S. o znakomitych skutkach leczenia przewlekłéj rzeżączki cewki w tylnéj części siedzącéj za pomocą ucisku wywartego ciężkiemi cewnikami. (*Bresl. ärztl. Zeitsch.*, 1888, Nr. 24).

Dr. Kraus.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 4te z dnia 6 lutego 1889 r.

Przewodniczący kol. Paszkowski. Członków obecnych 33.

1. Przewodniczący przedstawia na członków czynnych Drów Filipa Schmidta, Henryka Sokołowskiego, Eugienijusza Lachowicza, Tomasza Wojnarskiego, Władysława Kohlbergera, Franciszka Hernicha, Bolesława Heynego, Józefa Friedberga i Czesława Podgórskiego. Wszystkich jednogłośnie przyjęto.

2. Kol. Rydygier przedstawia dwie chore, u których z powodu wola podwiązał tętnice tarczykowe metodą Drobnika przez siebie zmodyfikowaną. Mając na uwadze względy kosmetyczne, prowadzi kol. R. cięcia w poprzek szyi, aby je ukryć pomiędzy fałdami skóry.

Tenże przedstawia chorego, u którego w grudniu r. z. wykonał gastroenterostomiję z powodu rozległego raka odźwiernika. Do tego przypadku nawiązuje kol. Jaworski uwagi swoje co do funkcyi żołądka i jelit po zabiegu. (Praca ta drukuje się w *Przeglądzie Lekarskim)*.

W dyskusyi zabierają głos koledzy: Gluziński, Obaliński, Trzebicky, Jaworski, Hempel i Bednarski.

4. Kol. Jaworski okazał jarzyny i owoce suszone z Bochni, które komisyja przemysłowa postanowiła przedłożyć Tow. lek. jako polecenia godne.

5. Kol. Pieniążek okazał kaniulę kauczukową, wydobytą z prawego oskrzela, po 7 tygodniach leżenia tamże. Prelegent podnosi okoliczność, że mimo użycia znacznéj ilości (około 150 gramów) chloroformu nie zdołał doprowadzić do znieczulenia tchawicy, a udało mu się to dopiero po zastósowaniu 20% rozczynu kokainy. W dalszym ciągu zastanawia się kol. P. nad wynalezieniem przyrządu, któryby wydobywanie wpadłych kaniul ułatwił. Najodpowiedniejszą wydaje mu się pętla druciana, podobna do téj, jakiéj do wydobywania polipów używamy, tylko na dłuższéj rączce umieszczona.

Sekretarz, *Dr. Bukowski.*

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie Isze z dnia 29 stycznia 1889.

Przewodniczący prof. Korczyński. Członków obecnych 8.

1. Przewodniczący zawiadamia: *a)* że w myśl uchwały Tow. lek. krak. z dnia 2 stycznia 1889 wnioski komisyi przemysłowéj mogą być odtąd przedkładane wprost Towarzystwu lekarskiemu a nie komitetowi Towarzystwa, jak to było uchwalone na posiedzeniu w dniu 2 maja 1888, *b)* że nadeszły nowe świadectwa lekarskie i weterynarskie o stanie zdrowia obory i służby stajennéj ze Śledziejowic i Gnojnika, *c)* że w myśl uchwały z dnia 1go stycznia 1888 i odezwy komisyi balneologicznéj z dnia 10 maja 1888 rozesłano do zdrojowisk i uzdrowisk polskich odezwę o nadesłanie najpóźniéj do dnia 15 kwietnia b. r. na ręce referenta Dra Lutostańskiego szczegółów dotyczących klimatologii, balneografii i statystyki poszczególnych zdrojowisk a to celem ułożenia i wydania opisu zdrojowisk i uzdrowisk krajowych.

2. Doc. Jordan zdając sprawę, o ile sznurówka przedłożona komisyi przez p. Dyrektora szkoły św. Scholastyki jako wyrób uczennic téj szkoły, odpowiada potrzebie, zastrzega się w ogóle przeciw użyciu sznurówek i przyjmuje je tylko jako *malum necessarium*. Komisyja podzielając zdanie referenta uchwaliła nieprzedstawiać sznurówki wzmiankowanéj do polecenia a chcąc złe istniejące o ile możności zmniejszyć a widząc, że konstrukcyja sznurówki uczennic szkoły św. Scholastyki zadaniu temu w znacznéj części już odpowiada, postanowiła uprosić koll. Jordana, Obalińskiego i Rydygiera, aby ze swéj strony poczynili p. dyrektorowi Gettlichowi wskazówki, któreby podniosły jeszcze wartość wzmiankowanéj sznurówki i uczyniły z niéj rzecz o ile możności odpowiadającą zasadom higijeny.

3. Na wniosek ref. doc. Jaworskiego uchwalono przedłożyć Towarzystwu lek. krak. jako przetwór polecenia godny „jarzyny i owoce suszone“ wyrobu p. Różańskiego i Sp. w Bochni, które bardzo umiejętnie sporządzane, w smaku przyjemne, o prawidłowém wejrzeniu, sporządzone już na większą skalę fabryczną mają szczególną wartość higijeniczną dla miejscowości, w których świeżych jarzyn dostać nie można lub téż gdy pora roku temu stoi na przeszkodzie. (Wniosek ten przyjęty został przez Tow. lek. na posiedzeniu z d. 6 lutego 1889).

Sekretarz, *Doc. Dr. Gluziński*

VIII. O dziedziczności obłąkania.

Przez

Dra Józefa Rollego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

Nadużycie trunków wywołuje groźne skutki, przelewa bowiem na zstępujące pokolenia całą gromadę najprzeróżniejszych cierpień nerwowych, w końcu obłąkanie. Małżeństwo skojarzone z opilcy i umysłowo cierpiącéj, lub vice versa, wywołuje w spadkobiercach degeneracyję właściwą dziedziczności podwójnéj, to jest takiéj, w któréj ojciec i matka oddziaływają jednakowo w kierunku patologicznym. Oto jedna z genealogij, potwierdzających nasze zdanie. Obejmuje ona cztery pokolenia: Z rodziców zdrowych, liczących przodków opilców po mieczu i przodków obłąkanych po kądzieli, zostaje trzech synów: najstarszy, mnich r. graec., potator, szaleniec, umiera w domu obłąkanych: najmłodszy, profesor agronomii, kawaler, szaleniec, potém demens, umiera w zakładzie dla obłąkanych: średni, paroch, jest ojcem czworga dzieci, ulega chorobliwemu podnieceniu, wywołanemu kwestyją uwłaszczania włościan, krzewi pośród ludu zasady komunistyczne, ale w sposób tak nielogiczny, że w końcu zwraca na siebie uwagę władz odnośnych, poddany

obserwacyi zdradza nieprawidłowy stan umysłu, rozwija się otępienie pierwotne, kilka lat ostatnich spędza w szpitalu. Widzimy więc, że drugie pokolenie dotknięte chorobą odziedziczoną po przodkach. Zobaczmy, co się dzieje z trzeciem; liczyło ono czterech członków, jak powiedziano wyżéj: syna, ten został parochem, upośledzony pod względem umysłowym, bezdzietny; córka zamężna ma jedynaka obłąkanego; druga córka panna, psychopatka, dzieciobójczyni, uznana za niepoczytną przez sądy, nagle zakończyła życie; trzecia córka, związana węzłem małżeńskim z opilcą, dotkniętym podnieceniem popędu płciowego, zmarła młodo; dozgonny jéj towarzysz, za udział w otruciu męża kochanki, skazany na deportacyję, w szpitalu więziennym skończył samobójstwem [1]). Z tego ostatniego małżeństwa zostało czworo dzieci, trzy córki zdrowe pod względem umysłowym, choć ograniczonych zdolności i syn idyjota. Po mieczu więc cały pień usechł, na 19 członków dał 7 dotkniętych zboczeniami umysłowemi (40%).

Genealogije uczą nas jeszcze, że opilstwo spadkowe po mieczu, w dwóch, najwięcéj w trzech pokoleniach po sobie idących, przy połączeniu się jednego z osób, niém dotkniętych, z hysteryczką, ma za następstwo przypadłości właściwe tym, jakie wywołuje dziedziczność podwójna. Oto przykład dziwną grozą przejmujący, na widok zniszczenia, jakie po sobie zostawił. Pokoleń cztery, osób 13 (6 m. i 7 kob.). P i e r w s z e: mąż opilca, żona zdrowa zupełnie; d r u g i e, opilca i hysteryczka; t r z e c i e, dwóch synów i cztery córki: z nich syn i córka umierają na płonicę (lat 2 i lat 13) z przypadłościami mózgowemi, drugi syn kawaler w 23 r. kończy na gruźlicę z lokalizacyją gruzełków w oponach mózgowych; z dziewcząt, jedna głucha idyjotka 42 lat dobiegła, druga głuchoniema idyjotka 36 lat, obie w panieńskim stanie, nareszcie ostatnia wyszła za mąż, po pierwszym połogu szaleństwo gwałtowne, potém otępienie z ciągłem podnieceniem związane, trwało całych lat dwadzieścia; syn z tego małżeństwa zrodzony uległ cierpieniom zołzowym, przeważnie umiejscowionym w kościach, porażenie odnóg dolnych w piątym roku życia, władze umysłowe na bardzo niskim stopniu; cały więc ród wygasł doszczętnie.

Z form patologicznych, na gruncie alkoholizmu wyrastających, najczęściéj zwyrodnienia umysłowe postrzegaliśmy; w dwóch przypadkach poczynało je ustalenie się błędnych wyobrażeń, których główną treścią było przeświadczenie o przeniewierstwie żon na niczém nie oparte. Pierwszy z chorych lat dwadzieścia w małżeńskim przepędził stanie, ulegał opilstwu okresowemu (*dipsomania*), otóż po jednym z takich napadów uroił sobie, że jego towarzyszka dozgonna, potulna, skromna, wysoce moralna kobieta, bolejąca głęboko nad chorobą męża, znalazła pocieszyciela... nie pomogły perswazyje, łzy biedaczki, uwagi przyjaciół; na tle tém błędném powstał cały szereg przypuszczeń, mania prześladowcza (*manie de persecution*), obawa otrucia. Uciekł z domu, zostawił rodzinę, zobojętniał dla niéj, i tak do zgonu, a ten w lat piętnaście potém nastąpił. Drugi przypadek daleko charakterystyczniejszy, tu opilstwo systematycznie a długo, w skrytości prowadzone było, co wieczór; pożycie trzydziestoletnie, żona sędziwa, dotknięta niezupełnie połowiczém porażeniem, afazyją. Wybuch owego obłędu wystąpił nagle, bez żadnych zjawisk przedwstępnych, przybrał groźne rozmiary, bo znęcanie się nad kobietą, okalanie jéj szpiegami, wyrzeczenie się dorosłych dzieci, usunięcie się zupełne od najbliższych i dawniéj kochanych. Uwidoczniło się w człowieku skażenie uczuć rodzinnych, bardzo niegdyś przywiązanym do familii, lekceważącym obowiązki honoru i uczucia, z popędem do występku, do zbrodni, skąpiec zaczął sypać pieniędzmi, kupował dowody przeniewierstwa żony u służby, korzystającéj z takiego usposobienia, prawy, teraz bez kłamstwa kroku nie uczynił, skromny, teraz cynik rozlubowany w towarzystwie najpośledniejszych wszetecznic, w ciągu kilku miesięcy przeszło 50,000 r. roztrwonił, potém wystąpiła mania pieniactwa, wytaczał procesa ujmującym się za żoną lekarzom, którzy o jego stanie umysłowym wyrokowali, a nie mogąc na téj drodze nic wskórać, na drodze denuncyjacyi politycznéj szukał ratunku, a dodać należy, że miało to miejsce w smutnéj pamięci r. 1865, kiedy się kraj znajdował w wyjątkowych warunkach, a co straszniejsza, że miał pośród klasy wykształconéj zwolenników; nie wiedzieli oni wprawdzie o jego skargach na rewolucyjne usposobienia lekarzy, którzy niby mścili się na nim za to, że nie uległ ich namowom, że wiernym tronowi pozostał, ale wierzyły w jego nieszczęścia domowe, a znaleźli się przyklaskujący jego projektom dobroczynnym, zapisania całego majątku na cele użyteczności publicznéj, z usunięciem dzieci od spadkobierstwa. Choroba jednak rozwijająca się zbyt gwałtownie położyła kres niepewności, nastąpiło rzekome porażenie alkoholiczne (*pseudo-paralysis alcoholica*), stępienie umysłu, nareszcie zwyrodnienie tłuszczowe wątroby stało się powodem przedwczesnego zgonu. Jeszcze jeden przypadek mam do zaznaczenia, dotyczył on kobiety, dotkniętéj d i p s o m a n i ą, w ciągu lat 50; w młodości nałogowa pijaczka, pod wpływem namów spowiednika, propagatora wstrzemięźliwości, wyrzekła się trunków na lat kilka, aż znowu wstrząśnienie moralne dało początek dipsomanii, powtarzającéj się co lat dwa a nawet co lat trzy niekiedy. Paroksyzm zwykle poprzedzała tęsknota (*Praecordialangst*), obawa prześladowania, prośba o ratunek; po pierwszym kieliszku wódki rozwijał się on z niezwykłą szybkością: kobieta moralna, stawała się rozpasaną wszetecznicą, z pianą i pieśnią cyniczną na ustach latała od szynku do szynku, przepijała wszystko aż do koszuli, a nawet koszulę, z kolei kradła, co się znalazło pod ręką, zamknięta w odosobnieniu targała się na własne życie, sen miała krótki, przerywany, narkotyczne środki nie wpływały na jego siłę, omamów zmysłowych i złudzeń żadnych. Trwało to dwa, trzy tygodnie. po którém następowało uspokojenie, z wielkim upadkiem sił i wstrętem do alkoholu połączone, i życie do dawnéj wracało kolei, dobiegła 80 lat, skończyła w zakładzie obłąkanych, pod koniec rozwinęło się otępienie umysłu z odcieniem melancholicznym (*dementia melancholica*). Paroksyzmy choréj wiele miały wspólnego z szaleństwem okresowém (*mania periodica*), różnicę stanowił grunt, na którym pierwsze z nich się rozwinęło.

Zaznaczyliśmy wyżéj, że spadkobiercy opilców, kojarzący się z obłąkanymi, przelewają na swoje potomstwo cechy chorobowe, właściwe tym, na których tak ojciec jak i matka oddziaływały jednakowo patologicznie; i tu i tam cała grupa nerwic mózgowordzeniowych, nerwic umysłowych, zwyrodnień umysłowych, okrywa bujném kwieciem drzewo na uschnięcie skazane. Różnice jeżeli są, to małe, a choćby wskażemy na jedną, stale powtarzającą się w naszych genealogijach, a dotyczącą erotomanii w ogóle: otóż zboczeniom umysłowym na gruncie opilczym towarzyszy rzekome p o d n i e c e n i e w s f e r z e p ł c i o w é j, kiedy przy obłąkaniu, jako wyniku dziedziczności podwójnéj s k a ż e n i e p o c i ą g ó w p ł c i o w y c h stale ma miejsce, występuje ono także u osobników wolnych od innych zwyrodnień, dość nawet prawidłowo pod względem umysłowym uposażonych, ale związanych krewieństwem z obłąkanemi, albo posiadających obłąkanych pośród antenatów: jest to zwykle pederastyja prędzéj czynna jak bierna (kined) u mężczyzn i miłość tak zwana lesbijska u kobiet. (Dok. nast.).

[1]) Sam sposób, jakiego użył ku temu, dowodzi stanu nieprawidłowego: oto pośród nocy, mając trzech towarzyszów, we wspólnéj izbie, wbił sobie dzióbek metalowy od czajnika w kość skroniową; operacyję odbywał powolnie, wytrwale, w cichości wielkiéj, by nie zwrócić na siebie uwagi kolegów, którzyby mu przeszkodzili w dokonaniu zamiarów. Dzióbek długości 8 ctm. przedarł skórę, przedziurawił kość i utkwił w głębi mózgowia, bardziéj skierowany ku jego osnowie. Zapisujemy szczegół z tym dodatkiem, że na parę miesięcy przed tak tragicznym zgonem „przysięgli“ uznali go za winnego.

IX. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

S t a t y s t y k a ś l e p y c h w R o s y i podług spisu 1886. Urzędowy spis niewidomych dokonany został w listopadzie 1886 w 50 gub. cesarstwa, 10 gub. król. polskiego i na Kaukazie. Spis wykonano nie w celach lekarskich lecz administracyjnych, podług danych wskazówek. Jestto pierwsza praca w tym kierunku

w Rosyi, gdzie niewidomych mnóstwo, a przytułków i szkół dla tych nieszczęśliwych do téj pory zupełnie nieznano. Spis ogłoszony został w postaci książki, upiększonéj kilkoma schematycznemi mapami państwa, przedstawiającemi, za pośrednictwem odcieni koloryzacyi gubernij, liczbę ślepych obu płci, mężczyzn i kobiet na 10.000 ludności. Wszystkich ślepych okazało się 489.872, z nich mężczyzn 94056 i 95816 kobiet, czyli na 10000 ludności w ogóle wypada 20 ślepych (na 10 tys. mężczyzn 19 i na 10000 kobiet 20 ślepych). W 50 gub. cesarstwa znaleziono 173735 ślepych (85741 m. i 88004 k.) t. j. na 10000 ludności 21 niewidomych. W 10 gub. król. pols. 5353 ślepych (2715 m. i 2638 k.), t. j. na 10 tys. ludności 7 niewidomych. Na Kaukazie ślepych 10774 (5600 m. i 5174 k.) t. j. na 10 tys. ludności, 15 niewidomych Wynik: na Kaukazie ślepota zdarza się dwa razy częściéj, a w cesarstwie ros. trzy razy częściéj niżli w Król. Polskiém.

Liczba ślepych jest 2 razy większą w powiatach, niżli w miastach, w cesarstwie, na 10 tys. mężczyzn wypada 10 ślepych, na 10 tys. kobiet wypada 11 niewidomych, w powiatach zaś ślepych obu płci 23. W Król. zaś Polskiém ślepych męż. 6 i kob. 5 na 10 tys. ludności. Na Kaukazie w miastach ślepych 11 m. i 8 k., a w powiatach 15 m. i 16 k. na 10 tys. ludności.

Najwięcéj ślepych w północno-wschodnich gub. Rosyi, zasiedlonych mongolsko-fińskiemi plemionami, (30 męż. na 10 tys.), najmniéj w południo-zachodniéj (11 — 20 na 10 tys.). Najmniéj w Król. Polskiém gub. grodzieńskiéj, mińskiéj, besarabskiéj i ziemi wojska dońskiego (1 — 10 na 10000).

Podług narodowości rosyjan 72,2%, tatarów 5,2%, czuwasów 2,7%, polaków 2,6%, żydów 1,8%, wotyjaków 1,5%, łotyszów 1,4% itd. Na 10 tys. ludności ślepych: wotyjaków 83, czuwasów 63, czerkiesów 52, tatarów 51, korełów 39, baszkirów i meszczeraków 35, zyranów 33, estów 22, łotyszy 19, rosyjan 19, bułgarów 12, litwy i żmudzianów 10, żydów 10, polaków 8, mołdowanów 8 i niemców 7.

Najczęściéj utracono wzrok przed 5 rokiem życia (17,5% m. i 14,8% k.), rzadziéj wkrótce po narodzeniu się (8,0% m. i 6,7% k.). Tą cyfrą oznaczono ślepotę wrodzoną; ślepota z chorób i uszkodzeń oczu wynosi 52,8% m. i 56,7% k.; ślepota z chorób ogólnych 23,9% m. i 24,3% k.; ślepota z przyczyn niewiadomych 6,6% m. i 5,2% k.

Z liczby ślepych 10,6% mają własne środki utrzymania, 11,9% żyje żebraniną, 70,0% znajduje się na utrzymaniu rodziny, 2,9% żyje kosztem innych, 1,8% utrzymuje się kosztem zakładów dobroczynnych i 1,2% utrzymuje się kosztem rządu.

Chociaż spis robiony był bez kontroli lekarskiéj i prawdopodobnie zarejestrowano niemało i takich, którym wzrok może być przywrócony (np. z zaćmami), lecz jednakże średnio wypada 20 ślepych na 10 tys. ludności t. j. w przybliżeniu 2 razy więcéj niżli w innych państwach europejskich. Spodziewać się należy, że liczba ta z czasem się zmniejszy, prócz bowiem klinik uniwersyteckich, oftalm. instytutów (Wilno), chorzy oczni mogą obecnie znajdować należytą pomoc w szpitalach ziemstwa, przy których w miastach gubernijalnych wiele już jest fachowych okulistów, prowadzących oddziały oczne.

Z 5go rocznego sprawozdania przytułku dla ślepych maryjskiego opiekuństwa za r. 1887 (Petersburg, 1888) dowiadujemy się, że przy takiéj armii niewidomych w Rosyi państwo to zaledwo posiada 11 instytucyj, gdzie jakie kilkaset tych nieszczęśliwych znajduje naukę rzemiosł i przytułek, a mianowicie: w Petersburgu szkoła na 55 dzieci płci obojéj i przytułek 14 ślepych dla nauki rzemiosł), w Kijowie (szkoła na 32 dzieci i przytułek), w Rewlu (12 dzieci płci obojéj), w Kazaniu (20 dzieci płci obojéj), w Kostromie (16 dziewcząt), w Charkowie (13 chłopców), w Woroneżu (12 dziewcząt i 10 ślepych ma przytułek), w Odesie (10 chłopców), Kamieńcu (przytułek na 9) i w Ufie (przytułek na 15 zdolnych do pracy ślepych). W szkołach tych uczą dzieci czytać, pisać (pismo Brajla) i rzemiosł, których wyjątkowo uczą w przytułkach dla ślepych. Szkołę dla dziewcząt w Kostromie zwiedziłem osobiście w r. z. i przykładne jéj prowadzenie przez rodaka rz. r. st. Bron. Kukiela opisałem w Nrze 6ym gazety *Ślepiec*, który jest organem opiekuństwa maryjskiego, zostającego pod opieką Cesarzowéj. Opiekuństwo to, prócz znacznych ofiar ludzi prywatnych zasila cerkiewny zbiór z niedzieli „o niewidomym" (w r. 1887 zebrano tą drogą 60 tys. rs.), roczną płacą licznych członków opiekuństwa, % ze stałych funduszów itd. W końcu r. z. Najjaśniejszy Pan ofiarował ze swéj szkatuły 1,600.000 rs. Nie dziw więc, że rozporządzając znacznemi funduszami maryjskie opiekuństwo mogło asygnować 4 tys. rubli na prace statystycznego komitetu w kwestyi spisu ślepych w całém państwie. (*Wracz*, 1888, Nr 48 i 49).

Dr. J. Talko.

Komisyja przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak. wysłała do zdrojowisk krajowych następujący okólnik:

Każdy niemal z krajów europejskich posiada obszerniejsze lub krótsze opisy zbiorowe zakładów zdrojowych, kąpielisk i miejscowości klimatycznych, staraniem rządów lub prywatnych stowarzyszeń wydane. Nasz kraj jedynie, tak hojnie od przyrody w różnorodne zdroje i miejscowości lecznicze zaopatrzony, nie posiada dotychczas podobnego opisu.

Do zaznajomienia się z balneografiją polską służą właściwie cztery źródłowe prace: Adamowicza, Kitajewskiego-Bełzy, a przedewszystkiém Torosiewicza i Dietla. Wszystkie te znakomite w swoim czasie dzieła obecnemu stanowi rzeczy wcale nie odpowiadają. Obok nich posiadamy mnóstwo monografij, sprawozdań zdrojowych, broszur, artykułów okolicznościowych i zwykłych prospektów, rozsyłanych przez zarządy zdrojowe, które to publikacyje nie rozchodzą się w dostatecznéj liczbie po wszystkich prowincyjach polskich, dostają się wybranym a najczęściéj obojętnym, do handlu księgarskiego nie mają wstępu, w skutek czego giną bez śladu, a choć tu i owdzie napotkać je można, to nie wielka z nich dla postępowego lekarza i rzetelnego balneologa pociecha, gdyż z natury swéj grzeszą najczęściéj brakiem przedmiotowego sądu.

Konieczną jest więc potrzeba dzieła, któreby ujęło balneografiję polską w systematyczną całość, które byłoby dla każdego lekarza i wykształconego człowieka dobrym przewodnikiem w poglądzie na skarby swojskiéj przyrody, na wartość leczniczą zdrojów mineralnych i innych środków leczniczych w zdrojowiskach i uzdrowiskach naszych używanych, wreszcie na wartość urządzeń sanitarnych, balneotechnicznych i ku wygodzie gości kąpielowych służących.

Takiego dzieła nie mamy i ta właśnie okoliczność jest jedną z głównych przyczyn nieznajomości i lekceważenia swojskich zdrojowisk i uzdrowisk, powszechnie dającego się spostrzegać.

Aby pilniéj potrzebie choć w części zaradzić, Komisyja przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak. postanowiła wydać treściwy, a mimo to barwny i wyczerpujący, jednolity i systematyczny opis zakładów zdrojowych i klimatycznych na ziemiach polskich się znajdujących, któryby z myślą podniesienia przemysłu zdrojowo-leczniczego i turystycznego łączył wierny obraz każdego z osobna zakładu i właściwego mu życia, przyczém mają być podniesione najwybitniejsze i charakterystyczne strony, to wszystko co tworzy cechę indywidualną zakładu, owe żywe jądro, około którego grupują się wszelkie stosunki w zdrojowisku lub uzdrowisku.

Komisyja przemysłowo-lekarska z całéj duszy pragnęłaby przyczynić się do wzrostu i rozwoju zdrojowisk i uzdrowisk polskich. Wszelkie jednak nasze usiłowania wtedy tylko wydać mogą zbawienne rezultaty, jeżeli zarządy zakładów zdrojowo-leczniczych staną na wysokości swego zadania i dostarczą Komisyi dokładnych i prawdziwych materyjałów, na których podstawie dałoby się ułożyć wierny i sumienny przewodnik do zdrojowisk i uzdrowisk polskich.

Do takiego współudziału w pracy naszéj zakłady zdrojowo-lecznicze wzywamy i o pomoc w urzeczywistnieniu powziętego zamiaru upraszamy.

W nadziei, że zarządy zakładów zdrojowo-leczniczych, miłujące sprawę publiczną a pomne na własny swój interes, téj pomocy nie odmówią, udajemy się z prośbą o dokładne odpowiedzi na następujące pytania:

A) Ogólny pogląd na geograficzne położenie zakładu, a mianowicie: 1. Położenie w kraju, gubernii, powiecie i gminie. 2. Orografija, hydrografija i geologija okolicy. 3. Obszar osady i zaludnienie. 4. Wykaz odległości zakładu od głównych miast, miasteczek, stacyj pocztowych i kolei żelaznych.

5. Szczegółowy opis najdogodniejszych sposobów dostania się na miejsce z głównych miast i stolic.

B) Klimat. Krótki pogląd na stosunki klimatyczne miejscowości, cechy klimatu z podaniem średnich miesięcznych ciepłoty, wilgotności powietrza, ilości opadów atmosferycznych, panujących wiatrów, a to na podstawie pięcioletnich przynajmniéj obserwacyj.

C) Szczegóły dotyczące urządzenia zakładu. 1. Liczba i nazwa zdrojów, sposób urządzenia, ocembrowania, pokrycia tychże, ilość wody przepływającéj w pewnym czasie (wydajność zdroju), własności fizyczne wody i jéj skład chemiczny (ostatni rozbiór chemiczny). Dalej należy podać sposób czerpania, ogrzewania wody, napełniania flaszek, ilość wody rozsyłanéj (z pięciu lat ostatnich) z wymienieniem głównych miejsc zbytu, oraz czy inne wytwory z wody (muł, ług, sól, kołaczyki itp.) wyrabiane i rozsyłane bywają. 2. Urządzenie łazienek, sposób ich budowy, liczba izb łaziebnych, oraz ich urządzenie, sposób doprowadzenia i ogrzewania wody; czy są przyrządy dla kąpieli natryskowych, spadowych, kroplistych, falistych, nasiadowych, borowinowych, mułowych i jakie? W dalszym ciągu ile kąpieli i jakich średnio w ciągu roku (z ostatnich lat pięciu) się wydaje. 3. Czy są urządzenia do kąpieli rzecznych i jakie? 4. Czy są przyrządy do wziewań (inhalacyi)? 5. Czy mleko, żętyca, serwatka, kumys, kefir, bywają używane, a jeśli tak, czy są odpowiednie urządzenia do otrzymywania tychże w potrzebnéj ilości i należytéj jakości? 6. Czy jest stały lekarz zakładowy, czy prócz niego przebywają inni lekarze w celu opiekowania się chorymi i jacy? 7. Czy jest apteka w miejscu, czy też leki bywają sprowadzane (zkąd)? 8. Ile jest restauracyj i jakie. Czy nie ma trudności w dostaniu odpowiednich artykułów żywności? 9. Ile jest domów mieszkalnych, ile pokoi mieszkalnych, jak one są urządzone, czy mają potrzebne sprzęty, czy jest potrzebny zapas pościeli i jaka usługa? 10. Czy jest osobny hotel dla świeżo przybywających gości (jak urządzony)? 11. Jakie są przechadzki w miejscu i pobliżu, czy jest dość cieniu? 12. Czy jest czytelnia, wypożyczalnia książek, sala do zebrań towarzyskich, czy są inne przyjemności i rozrywki dla gości, czy bywa muzyka? 13. Jakie można odbywać bez zbytecznego zmęczenia wycieczki w okolice? 14. Wykaz statystyczny (z pięciu ostatnich lat) ruchu osób z podaniem ich pochodzenia pod względem krajów i miast głównych, z których przybywają. 15. Jakie są opłaty zdrojowe w zakładzie, ceny mieszkań, pożywienia etc.? (Wszelkie cenniki). 16. Literatura zdrojowiska i zakładu dotycząca.

D) Część lekarska. 1. Opis działania wody lekarskiéj i istotnych jéj skutków na podstawie długoletniego doświadczenia i spostrzegania, tudzież wyszczególnienie wskazań zasadniczych (*Kern-Indicationen*) do użycia wody lekarskiéj i kąpieli z niéj przyrządzonych, jakie według poczynionych spostrzeżeń istotnemi się okazały. Mniéj ważne wskazania i przeciwskazania w drugim rzędzie zamieścić należy. 2. Wyszczególnienie sposobów używania wody lekarskiéj, tak wewnątrz jak i zewnątrz, tudzież pomocniczych metod leczniczych w zdrojowisku praktykowanych (mięsienie, leczenie elektrycznością, leczenie terenowe, leczenie za pomocą gimnastyki itd.). 3. Literatura lekarska.

Wiemy dobrze, iż nie każdy Zakład na wszelkie pytania, tutaj zamieszczone, odpowiedzieć jest w możności. Dozwolona jest przeto pewna swoboda w odpowiedzi, z zastrzeżeniem atoli, aby odpowiedź była rzetelną, umiejętną i dokładną w szczegółach dla każdego zakładu najważniejszych. Nadto byłoby pożądaném dołączenie do opisu, ile możności dokładnego, wszelkich broszur, sprawozdań w ciągu ostatnich lat pięciu drukiem ogłoszonych, lub artykułów w pismach lekarskich w tymże czasie zamieszczonych, daléj ogólnego planu zakładu (choćby schematycznego rysunku), widoków, fotografiji, plakatów etc. Szanowny Zarząd zechce pamiętać, iż dokładność opisów zawisłą będzie od dokładności dostarczonych materyjałów, dla każdego zaś zakładu pożądaném zapewne będzie, aby w opisie uwzględnione zostały wszelkie urządzenia i ulepszenia w ostatnich latach wykonane. Jeżeli więc opis nie będzie wierny i prawdziwy, to wina tego rodzaju usterek nie na referencie lecz na zakładach ciążyć będzie, co zostanie uwidocznioném i do publicznéj wiadomości podaném.

Wszelkie wymienione tutaj pisma, broszury, rysunki etc. upraszamy nadsyłać (opłacone) najdaléj do 15 kwietnia b. r. do Komisyi przemysłowo-lekarskiéj Tow. lek. krak., na ręce podpisanego referenta Dra B. Lutostańskiego, (Kraków, Basztowa 9) któremu Komisyja powierzyła ułożenie „Przewodnika“ do zdrojowisk i uzdrowisk polskich.

Kraków, dnia 25 stycznia 1889 r.

Przewodniczący — Sekretarz
Prof. Dr. E. Korczyński — *Dr. Wł. A. Gluziński*
Dyrektor Kliniki lek. Uniw. Jag. — Docent med. wewn. Uniw. Jag.

Referent
Dr. B. Lutostański.

† Rosyja. *Russkij Inwalid* donosi, że w tym roku urządzone będą we wszystkich szpitalach w Rosyi biblijoteki dla chorych. W tym celu asygnowano dla każdego szpitala 25 do 100 rubli.

Prof. Weryho w Odesie zbadał 24 próbek oliwy prowansalskiéj, wziętéj z rozmaitych składów. Z próbek tych tylko 4 okazały się czystemi, reszta zaś była zanieczyszczona oliwą sezamową i in.

X. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 27 lutego. Otrzymaliśmy następujące zawiadomienia:

Walne Zgromadzenie Delegatów Tow. lekarzy galicyjskich odbędzie się d. 27 kwietnia w sobotę o godz. 11éj rano.
Dr. Merunowicz.

„W imieniu Tow. lek. krak. oświadczamy, że dedykacyja książki p. t. „Magnetyzm i Hypnotyzm“, przez jéj autora p. Czyńskiego w niektórych egzemplarzach nakładu Towarzystwu naszemu uczyniona bez naszéj wiedzy i woli, była nadużyciem z jego strony.

Z komitetu Tow. lekarskiego krak.
Sekretarz stały — Prezes
Dr. Kwaśnicki. — *Dr. Paszkowski.*

* **Lwów**. D. 23 lutego odbyło się walne zgromadzenie galic. Towarzystwa weterynarskiego pod przewodnictwem prof. Szpilmana. Na zebraniu tém prof. Królikowski miał odczyt o szkole weterynaryjnéj wileńskiéj w stosunku do dzisiejszych polskich zakładów weterynaryjnych a Dr. Kulczycki o workach powietrznych u ptaków. Towarzystwo liczy 84 członków, wydaje pismo fachowe, które ma 275 abonentów. Prezesem obrano prof. Kubickiego, zastępcą jego prof. Barańskiego, sekretarzem prof. Kulczyckiego, skarbnikiem prof. Kretowicza. Do komitetu redakcyjnego weszli pp. Szpilman, Kadyi, Littich i Barański.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Wydział lek. ostatecznie uczynił następującą propozycyję względem obsadzenia 2éj kliniki lek.: *primo et acquo loco*: Ketli i Purjesz, *secundo et aequo loco*: Bókai i Jendrassik. — Dr. Szénássy habilitował się jako docent operacyj chirurgicznych. — **Gryfija**. Dyrektor kliniki pedyjatrycznéj Krabler otrzymał nowo utworzoną katedrę med. wewnętrznéj.

* **Nekrologija**. W Warszawie umarł d. 16 bm. Dr. Władysław Orłowski. Urodzony w r. 1835 ukończył gimnazyjum w Siedlcach, uniwersytet w Charkowie. W r. 1854 wszedł do służby wojskowéj w Warszawie, w r. 1862 objął obowiązki pomocnika prosektora przy anatomii opisowéj, w r. 1867 prosektora przy téjże katedrze, w r. 1869 prosektora przy katedrze anatomii patologicznéj, od r. 1864 był ordynatorem w oddziale zewn. szpitala Dzieciątka Jezus. Stopień Dra med. otrzymał w Uniw. warsz. Był 3 razy prezesem Tow. lek. warsz. i napisał liczne rozprawy, umieszczone w czasopismach warszawskich oraz w *Centralbl. f. Chir.* Nad grobem zmarłego kolegi przemówił w imieniu Tow. lek. Dr. Jawdyński.

W Pradze odebrał sobie życie wystrzałem Dr. Izydor Soyka, profesor higijeny w Uniw. niemieckim. Urodzony w Jaromierzu w r. 1850, uczeń Heringa, Klebsa i Pettenkofera, był asystentem przy katedrze anatomii patolog. w Pradze, habilitował się tamże w r. 1877 jako docent anatomii patolog., w r. 1878 jako docent higijeny, a w r. 1880 jako docent higijeny w politechnice w Monachijum. W r. 1885 mianowany został prof. nadzw. higijeny w Pradze. Przy zmarłym znaleziono list, mieszczący w sobie słowa: „Gdzie ustaje myślenie, rozpoczyna się samobójstwo“, z czego wynikać się zdaje, że władze umysłowe jego musiały być nadwerężone.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich

W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 8: Jasińskiego: Zniepodobnienie stawu w skutek sąsiedztwa z wrodzonym tętniakiem; Drobnika: O charłactwie śluzowo-opuchlinowém (c. d.). Grundzacha: Przyczynek do rozpoznawania chorób żołądka (c. d.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 2: Winawera: O zastos. mięsienia podług Thure Brandta; Kępińskiego: Zapalenie łącznicy (dok.). — W *Medycynie* Nr. 8: Dobrzyckiego: Sławuta; Jaworskiego: Kilka słów o środkach tajemnych i specyficznych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we **środę d. 6 marca** o godz. 6éj w sali wykładowéj prof. Blumenstoka posiedzenie zwyczajne, na którém 1) kol. Grabowski zda sprawę z rachunków Przeglądu Lek., poczem 2) odbędzie się dyskusyja nad wykładem kol. Gluzińskiego, mianym na ostatniem posiedzeniu, a wreszcie 3) kol. Browicz będzie miał wykład z demonstracyją o melanosarcoma opon mózgo-rdzeniowych i kości.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.